



Instituto Politécnico de Beja
Escola Superior de Educação
Mestrado de Psicogerontologia Comunitária

A qualidade de vida em idosos institucionalizados

Neuza Martelo Fernandes

Beja

2013

Instituto Politécnico de Beja
Escola Superior de Educação
Mestrado de Psicogerontologia Comunitária

A qualidade de vida em idosos institucionalizados

Dissertação de mestrado apresentada na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Beja

Elaborado por:

Neuza Martelo Fernandes

Orientado por:

Prof.^a Doutora Maria Teresa Pereira dos Santos

Beja

2013

Resumo

Com o aumento generalizado do número de idosos surge a necessidade de lhes prestar cuidados de forma a potenciar as suas capacidades físicas e psíquicas, sociais e ainda contribuir para que tenham um papel activo na sociedade. A avaliação da percepção de qualidade de vida constitui uma mais-valia, pois através da análise desta podem retirar-se dados importantes que permitam intervir na e com população idosa.

O presente estudo teve como objectivo avaliar a percepção de qualidade de vida num grupo de idosos institucionalizados, em que para a sua execução se recorreu à metodologia explorativa e descritiva, com abordagem qualitativa-quantitativa. Como instrumento foi utilizado um questionário, com as dimensões saúde, capacidade funcional, estado psicológico, o apoio social e o ambiente institucional.

A amostra estudada foi constituída por 20 elementos, maioritariamente do género feminino, institucionalizados no lar Cascuz.

Os resultados obtidos demonstram que através da melhoria ou satisfação das dimensões presentes no questionário será possível que o idoso tenha uma maior qualidade de vida. Neste sentido, desenhou-se um projecto de intervenção para procurar responder às necessidades identificadas.

Palavras-chave: Idoso, Envelhecimento, Institucionalização, Apoio Social, Redes de Apoio, Qualidade de vida.

Abstract

With the generally increasing of the elderly people, it arises the need to provide for their care in order to maximize their mental and physical capabilities, social skills and still have an active role on the society. The evaluation of the perceived life quality constitutes an asset because through this analysis it can be withdrawn important data that allow us to intervene on and with the elderly population.

The current study aimed to evaluate the perception of the quality of life of a group of institutionalized elderly, in which for its implementation we used the explorative and descriptive methodology, with a qualitative-quantitative approach. As a tool, it was used a questionnaire, with the following dimensions: health, functional capacity, psychological state, social support and the institutional environment.

The sample studied consisted of 20 elements, mostly females, institutionalized in the retirement home Cascuz.

The results showed that by the improvement or the satisfaction of the dimensions considered in the questionnaire, it will be possible that the elderly have a better quality of life. In this sense, an action plan was drawn in order to meet the needs identified.

Key Words: Elderly, Aging, Institutionalization, Social Support, Support Networks, Quality of Life.

Índice geral

Introdução	9
Parte I – Enquadramento Teórico	11
1. Envelhecimento	12
1.1. Envelhecimento demográfico em Portugal	12
1.2. O processo de envelhecimento	14
1.3. Preconceitos e estereótipos sobre idosos	20
1.4. Envelhecimento Activo	25
2. O Apoio Social no Envelhecimento	29
2.1. O início do apoio social à velhice em Portugal	29
2.2. A relevância do apoio social na velhice	30
2.3. Redes Sociais de Apoio ao Idoso	32
2.3.1. Rede de Apoio Informal	32
2.3.2. Rede de Apoio Formal	34
3. Institucionalização	38
3.1. Institucionalização do idoso	38
3.2. As consequências do processo de institucionalização	41
3.3. O desafio identitário da entrada numa instituição	43
4. Qualidade de vida	45
Parte II – Estudo Empírico	49
5. Metodologia	50
5.1. Problemática	51
5.2. Definição dos objectivos de estudo	52
5.3. Caracterização do meio	53
5.4. Caracterização da instituição	54
5.5. Participantes	55

5.6.Instrumentos de recolha de dados	56
5.7.Procedimentos.....	58
5.8.Tratamento dos dados.....	59
6. Apresentação e análise dos resultados	60
6.1. Identificação de necessidades.....	79
7. Projecto de intervenção.....	81
7.1. Plano de acção do Projecto	82
7.2. Descrição das actividades	85
7.3. Avaliação	89
Conclusão	91
Referências Bibliográficas.....	93
Referências Webgráficas	96
Apêndices.....	97

Índice de figuras

Figura 1 – Determinantes do envelhecimento activo.....	26
--	----

Índice de tabelas

Tabela 1 - Distribuição etária por cada freguesia do concelho de Sesimbra...	53
--	----

Índice de gráficos

Gráfico 1 – Grupos etários.....	60
Gráfico 2 – Género.....	60
Gráfico 3 – Estado civil.....	61
Gráfico 4 – Habilitações académicas.....	61
Gráfico 5 – Avaliação do nível de saúde.....	62
Gráfico 6 – Problemas de saúde.....	62
Gráfico 7 – Avaliação da visão.....	63
Gráfico 8 – Avaliação da audição.....	64
Gráfico 9 – Grau de dificuldade em deslocar-se sozinho.....	65
Gráfico 10 – Nível de dependência.....	65
Gráfico 11 – Memorização de acontecimentos.....	66
Gráfico 12 – Esquecimento das coisas que tem que fazer.....	66
Gráfico 13 – Sentimentos de tristeza ou deprimido.....	67
Gráfico 14 – Sentimento de pessoa útil.....	68
Gráfico 15 – Sente-se sozinho/a.....	68
Gráfico 16 – Satisfação com a sua vida presente.....	69
Gráfico 17 - Tipo de visitantes recebidos.....	70
Gráfico 18 – Frequência das visitas.....	70
Gráfico 19 – Apoio que recebe quando necessita.....	71
Gráfico 20 – A dificuldade em relacionar-se com os outros idosos.....	71
Gráfico 21 – A dificuldade em relacionar-se com os funcionários.....	72
Gráfico 22 – De quem partiu a ideia da institucionalização.....	73

Gráfico 23 – Motivo da institucionalização.....	74
Gráfico 24 – Satisfação com os serviços disponibilizados.....	74
Gráfico 25 - Respeito dos funcionários/instituição pela privacidade.....	75
Gráfico 26 - Participação nas actividades propostas pela instituição.....	76
Gráfico 27 – Frequência da participação nas actividades.....	76
Gráfico 28 – Satisfação nas actividades em que participa.....	77

Índice de apêndices

Apêndice I – Questionário.....	98
--------------------------------	----

Introdução

O envelhecimento da população é um dos maiores acontecimentos da sociedade, mas também um dos maiores desafios, devido às suas consequências sociais, económicas e políticas.

Perante o crescente aumento de idosos foi necessário criar apoios para os mesmos, em que existem os apoios informais e os formais. O apoio formal é constituído por organismos governamentais e outras instituições como os lares e centros de dia, enquanto que o apoio informal é concedido pela família, amigos e vizinhos do idoso.

As mudanças sociais e as transformações nas relações geracionais contribuíram para que muitos idosos alterassem a sua vida, sendo que alguns de forma voluntária e outros por falta de alternativa, são obrigados a sair das suas residências e a ir viver para Instituições.

Com a institucionalização surge a necessidade de aumentar a eficácia dos cuidados prestados nesta etapa da sua vida em que a decadência física é incontornável e melhorar a sua qualidade de vida.

O conceito de qualidade de vida engloba diversos factores como os ambientais, a saúde, a satisfação, a auto-estima, encontrando-se também relacionada com a percepção que o indivíduo tem perante a vida, no contexto cultural e no respectivo sistema de valores.

O estudo vai ser desenvolvido no Lar da Instituição de Apoio Sócio Cultural Unidade Zambujalense (CASCUZ) com um grupo de idosos pertencentes ao mesmo. A amostra é constituída por 20 utentes do Lar CASCUZ que aceitaram voluntariamente participar neste estudo.

Este estudo pretende avaliar a percepção de qualidade de vida nos idosos institucionalizados através de um questionário. O questionário é constituído por 31 questões, em que a grande maioria são perguntas fechadas.

Para a concretização deste trabalho delinearam-se os seguintes objectivos específicos:

- Caracterizar sócio e demograficamente os idosos;

- Analisar a percepção dos idosos sobre: os seus problemas de saúde; a capacidade funcional ao nível físico e cognitivo; a dimensão psicológica; a dimensão social e o ambiente institucional;
- Promover a qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

A investigação aqui apresentada divide-se em duas partes, sendo a primeira o Enquadramento Teórico, que contempla dados da literatura considerada pertinente para a fundamentação do trabalho, como o envelhecimento, nomeadamente o envelhecimento demográfico em Portugal, o processo de envelhecimento, os preconceitos e estereótipos atribuídos ao idoso e o envelhecimento activo. Do ponto seguinte consta o início do apoio social na velhice, a sua relevância e os diferentes tipos de redes sociais de apoio ao idoso. Depois surge a institucionalização, as suas consequências e o desafio que é para o idoso a entrada na instituição. No fim vem o conceito de qualidade de vida em geral e para os idosos.

Em seguida faz-se a descrição do Estudo Empírico, que contempla a metodologia utilizada, a problemática, os objectivos do estudo, o meio envolvente do local do projecto, a caracterização da instituição, os participantes, o instrumento de recolha dos dados, os procedimentos e o tratamento dos dados. Segue-se a apresentação e análise dos resultados obtidos através do questionário e a identificação das necessidades. E por fim, o projecto de intervenção para o estudo em causa, o seu plano de acção, a descrição das actividades que constam no plano e o método de avaliação que será utilizado.

Parte I – Enquadramento Teórico

1. Envelhecimento

1.1. Envelhecimento demográfico em Portugal

Uma das transformações evidentes nestes últimos anos relaciona-se com o envelhecimento demográfico das populações, o que se deve sobretudo ao declínio da fecundidade e ao aumento da longevidade, ou seja, assiste-se cada vez mais a um aumento do número de pessoas idosas e a uma diminuição da população jovem.

Com o aumento da longevidade existe um “adiamento da morte” em que este “é resultado dos significativos progressos médicos, científicos e sociais entretanto ocorridos, que implicam uma profunda modificação na estrutura da mortalidade” (Rosa, 2012:31).

Para que a renovação das gerações esteja assegurada, é necessário que cada mulher deixe uma filha. Sendo fundamental que cada mulher tenha em média 2,1 filhos, devido à maior probabilidade de nascerem indivíduos do sexo masculino do que do sexo feminino. Em Portugal os valores de fecundidade actualmente são inferiores a 1,4 filhos por mulher, ou seja, já não é assegurada a substituição de gerações (Rosa, 2012:31).

Uma vez que existem poucas crianças a nascer e é essencial a renovação das gerações é necessário que existam mais incentivos à natalidade.

Devido a estes comportamentos demográficos, houve uma mudança no perfil da sociedade, sendo esta caracterizada de sociedade «4-2-1» (quatro avós, dois pais, um filho) (Rosa, 2012:32).

Hoje em dia a sociedade é muito diferente de antigamente, em que a estrutura familiar era constituída por muitas crianças e poucos idosos, ao contrário de actualmente que o número de crianças é reduzido e o de idosos é abundante.

O Instituto Nacional de Estatística (INE, 2009), nas projecções de população residente em Portugal 2008-2060 prevê que a população continuará a crescer até 2034, sendo que posteriormente irá diminuir. A proporção de jovens com menos de 15 anos diminuirá, assim como a população em idade

activa, em detrimento do aumento considerável do peso relativo da população com 65 ou mais anos, em que esta quase duplicará de 2008 a 2060. Sendo que em 2060 existirão 271 idosos por cada 100 jovens, mais do dobro do valor projectado para 2009 (116 idosos por cada 100 jovens).

Em 2008 a esperança média de vida à nascença era de 75,4 anos para os homens e de 82 anos para as mulheres, havendo um aumento da mesma com base nas perspectivas para 2060, de 7 anos (82,3) para os homens e de 5 anos (87,9) para as mulheres.

O aumento do número de idosos na população reflecte-se em diversos sectores, nomeadamente, a nível económico, social, cultural, entre outros.

Segundo Rosa (1996, cit. por Soares, 2002:14) “a alteração da estrutura etária vai, naturalmente, reflectir-se sobre múltiplos domínios da sociedade, nomeadamente: o encerramento de algumas escolas primárias por falta de alunos, o aumento do número dos que se encontram na idade da reforma e o aumento do número de idosos hospitalizados por períodos mais longos”.

Com o encerramento das escolas por falta de alunos muitas crianças têm que percorrer vários quilómetros para a escola mais próxima, o que poderá ter consequências sobre o seu aproveitamento escolar, na integração num novo meio e com novos colegas, entre outras. Com o aumento dos indivíduos em idade de reforma e das hospitalizações, as despesas do Estado com os idosos sobem.

As consequências do envelhecimento demográfico são múltiplas, como a dificuldade em financiar as pensões de reforma; aumento das despesas com a saúde e equipamento social; diminuição da população activa; quebra da produtividade e o incremento dos encargos fiscais (impostos) sobre os activos (trabalhadores); diminuição do consumo; envelhecimento dos dirigentes, perda da capacidade de inovação e dinamismo, tendência para atitudes e comportamentos conservadores (Soares, 2002).

Com o aumento do número de idosos, a população em idade activa diminui e terá que se esforçar ainda mais para que as suas contribuições cheguem para as reformas dos mais velhos, mesmo não tendo garantias que um dia elas existam para eles próprios.

Soares (2002:15) considera que “é importante que, a evolução da estrutura demográfica seja entendida como um processo em busca de

qualidade de vida, de um sentido e razão de viver, com garantia dos meios de subsistência, apoios e cuidados de saúde necessários”.

É necessário que o aumento da longevidade não seja apenas entendido como o prolongamento da esperança média de vida, mas sim que esse seja vivido com qualidade a todos os níveis.

Uma vez que o maior desejo e aspiração de todas as sociedades é o prolongamento da vida humana, Natário (1992) considera que “é importante criar e oferecer condições adequadas aos idosos para que possam viver com dignidade” (cit. em Soares, 2002:16).

1.2. O processo de envelhecimento

O envelhecimento é considerado um “processo de degradação progressiva e diferencial, que afecta todos os seres vivos e o seu termo natural é a morte do organismo”, sendo por isso impossível mencionar o seu começo, a sua velocidade ou a gravidade, visto este ser diferente de indivíduo para indivíduo (Fontaine, 2000:19).

O processo de envelhecimento decorre de maneira diferente e de acordo com diversos factores para cada indivíduo, o que faz com que algumas pessoas pareçam mais envelhecidas do que outras.

Para compreender o envelhecimento é necessário considerar todos os aspectos da vida, os aspectos psicológicos, sociológicos, económicos, comportamentais, ambientais, os factores genéticos e hereditários, biológicos, físicos, químicos e nutricionais que marcam e suportam a individualidade de cada pessoa e também o meio envolvente e os estilos de vida. Nenhum indivíduo envelhece da mesma forma, sendo que, existem factores genéticos e adquiridos que diferenciam o envelhecimento sob vários aspectos.

Segundo Fernandes (2000) e Fontaine (1999) “a idade cronológica é determinada pelo calendário, que corresponde à idade apresentada no bilhete de identidade” (cit. por Soares, 2002:22).

A definição de idoso depende da fixação de uma idade cronológica, sendo considerado idoso, todo o indivíduo que possua 65 e mais anos. No entanto, esta fixação é mutável uma vez que a longevidade e a qualidade de vida têm

vindo a alterar-se ao longo dos tempos, daí que a definição de idoso sofra algumas modificações.

Com base em Calvo (1995, cit. por Soares, 2002) o envelhecimento passa por dois processos distintos e simultâneos, sendo eles o envelhecimento intrínseco e o envelhecimento extrínseco. Em que segundo Franceschini (1997, cit. por Soares, 2002:26), o envelhecimento intrínseco “está relacionado com a hereditariedade, com mudanças ocorridas nas células e funções dos órgãos,” e o envelhecimento extrínseco “está relacionado com os factores a que o organismo está sujeito, nomeadamente a exposição solar, a ingestão de bebidas alcoólicas, os radicais livres, as mudanças de comportamento advindas dos acontecimentos da vida em sociedade”.

Tanto o envelhecimento intrínseco como o extrínseco podem influenciar o modo como se envelhece, a nível extrínseco o indivíduo pode tentar modificar esses efeitos, o que não pode acontecer a nível intrínseco. Talvez se pudesse pensar que o envelhecimento é programado, no entanto, as condições de vida e as agressões do meio envolvente influenciam o percurso desta etapa.

De acordo com Birrem e Cuningham (1985), cada indivíduo apresenta três idades diferentes: a idade biológica, a idade social e a idade psicológica (cit. por Fontaine, 2000).

A **idade biológica** tem a ver com o envelhecimento orgânico, em que “cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento durante a vida, e a capacidade de auto-regulação torna-se também menos eficaz”, em que Busse (1969) o chamou de «envelhecimento primário» ou «processo inato de maturação». Os órgãos no ser humano não envelhecem todos ao mesmo tempo, em certas pessoas “o envelhecimento primário exprimir-se-á por uma degradação precoce do seu sistema cardiovascular, noutros por um envelhecimento cerebral precoce, ou ainda por um declínio funcional de outros órgãos” (Fontaine, 2000:23).

O envelhecimento é um processo biológico inevitável sendo caracterizado pelo declínio geral das funções biológicas, em que todos os seres vivos passam por este processo.

Com o envelhecimento ocorrem diversas alterações na aparência e aptidão do indivíduo. Em que a pele enrugada, fica pálida, seca, perde a suavidade, a jovialidade, a tonicidade, a elasticidade, aparecem pigmentações, manchas e

verrugas. Segundo Franceschini (1997) o cabelo fica branco, fino e quebradiço, menos oleoso diminui e cai e as unhas também se tornam mais fracas e quebradiças. “As articulações tornam-se menos flexíveis, perdem a sua mobilidade e elasticidade e, em geral, a estatura diminui, devido á compressão das vértebras e ao esmagamento dos discos intervertebrais” (cit. por Soares, 2002:27).

As alterações causadas pelo envelhecimento desenvolvem-se a ritmos diferentes de pessoa para pessoa, podendo iniciar-se precocemente e conduzir aceleradamente à velhice precoce, ou então produzir-se de uma forma lenta e levar a uma vida saudável por muito mais tempo.

O peso também diminui com a idade, assim como a tonicidade muscular, perda de força muscular, flacidez e diminuição do tecido ósseo. A quantidade total de água, dificultando a adaptação a ambientes com temperaturas extremas (Soares, 2002).

Com a perda da força muscular e da densidade óssea os idosos estão mais propícios a quedas que podem gerar graves problemas como as fracturas, que no caso dos idosos demoram muito mais tempo a curar.

Segundo Geis (1991) e Casado (1995) (cit. por Soares, 2002) há uma deterioração do aparelho respiratório, em que a elasticidade dos pulmões diminui. No aparelho cardiovascular verificam-se limitações na capacidade funcional do coração.

Os órgãos sensoriais, como a visão, audição, paladar, olfacto e o tacto, sofrem alterações variáveis com a idade, de indivíduo para indivíduo (Antón, 1995), em que os órgãos que envelhecem mais rapidamente são os ouvidos e a visão (cit. por Soares, 2002).

No que se refere à capacidade mental Beauvoir (1983) considera que quanto mais elevado for o nível intelectual do indivíduo, mais lento é o decréscimo das suas faculdades mentais, em que se continuar a exercitar o seu raciocínio e inteligência pode conservá-las intactas (cit. por Soares, 2002).

O idoso pode treinar a sua capacidade mental para que esta não diminua, em que é necessário que o idoso a estimule, como por exemplo através de palavras cruzadas ou sudoku.

A **idade social** “refere-se ao papel, aos estatutos e aos hábitos da pessoa, relativamente aos outros membros da sociedade”. Esta idade é determinada pela cultura e pela história do país ao qual se pertence, em que

actualmente se assiste a um desaparecimento dos rituais iniciáticos das suas tradições. “Um ritual iniciático é uma cerimónia a que deve ser submetido um indivíduo de uma comunidade, a fim de mudar de estatuto social.” Em certas tribos esses rituais marcavam a passagem da adolescência à idade adulta, ou noutras sociedades o ritual de entrada para um grupo. Já no caso do idoso, “o ritual da festa de passagem à reforma é um costume muito consolidado nos nossos hábitos”, sendo considerada uma transição de pessoa activa e trabalhadora para inactiva e reformada (Fontaine, 2000:24).

Mesmo com a entrada na reforma o idoso pode ser considerado activo, uma vez que pode continuar com todas as tarefas que anteriormente executava, além de agora ter tempo para outras actividades que anteriormente não tinha ou para a família.

“As alterações da estrutura familiar, o corte brusco com muitas dimensões da vida provocado pela reforma, a consequente diminuição de contactos sociais, a resignação, o isolamento e o decréscimo da capacidade de rendimento corporal”, têm segundo Bento (1999) uma influência determinante na estrutura social do idoso (cit. por Soares, 2002:34).

Com a entrada na reforma o idoso passa a não sair nem a conviver tanto com outras pessoas como fazia quando trabalhava, o que contribui para a diminuição da sua rede social, mas não necessariamente para o isolamento social.

Os limites de idade para os idosos são sociais e culturais, devido à capacidade de participação na produção da própria sociedade. Para Costa (1999, cit. por Soares, 2002:35), a actual visão de produtividade, lucro e rentabilização da sociedade, “conduz os idosos à inactividade, à inércia, à apatia”, uma vez que o seu trabalho é considerado “improdutivo, ultrapassado e inadequado à evolução dos tempos”.

Com o envelhecimento o idoso sente que não tem nada para dar à sociedade, mas muito pelo contrário, ele pode dar o seu contributo através do ensino de práticas antigas aos mais novos.

Lima (1993, cit. por Soares, 2002:36) sustenta que na velhice “o círculo de relações familiares e de amigos diminui, o que remete o idoso a um sentimento de inutilidade, de marginalização social, tendo a noção de perder, bruscamente, a sustentação da sua existência como ser social”.

Com a diminuição das suas relações sociais o idoso passa a isolar-se e a ter pensamentos negativos de que não tem qualquer utilidade para a sociedade actual e de que provavelmente seria melhor não subsistir.

O ambiente social influencia muito o envelhecimento do indivíduo, pois segundo Cabrillo e Cachafeiro (1990, cit por Soares, 2002:36) se o idoso se sentir “respeitado, querido, integrado na família e útil, não perde a sua autoconfiança, nem se sente como uma carga”.

O que contribui para que possa vivenciar o envelhecimento em toda a sua plenitude, e assim apreciar todos os acontecimentos que resultam do mesmo.

A família tem uma grande influência na vida dos idosos, pois nesta fase da vida existe “um aumento da dependência ao ambiente familiar”. Mas na realidade existe “uma diminuição ou mesmo quebra das relações familiares”, em que os familiares se querem libertar dos idosos, deixando-os em “hotéis de luxo, em lares de 3ª idade ou depositam-nos em hospitais” (Soares, 2002:37).

Com o envelhecimento a família deveria ser o grande apoio do idoso, mas por vezes isso não acontece, em que muitas famílias optam pela sua institucionalização ou mesmo por abandoná-los em hospitais ou sítios públicos.

Fernandes (2000, cit. por Soares, 2002:39) defende que, “cabe à sociedade compreender que a integração social dos idosos é o caminho para lhes reduzir a dependência, preservar a auto-confiança e contribuir, de forma positiva, para a prosperidade da mesma”, uma vez que os idosos são a maior força social devido ao seu número e a maior força cultural devido à sua sabedoria.

Como a população idosa é a mais numerosa e todos um dia chegaremos a essa etapa, a sociedade deveria apostar na integração social dos mesmos, uma vez que assim estaria a valorizá-la e a contribuir para minimizar os efeitos do envelhecimento.

“A **idade psicológica** é relativa às competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente“, o que inclui “as capacidades mnésicas (a memória), as capacidades intelectuais (a inteligência) e as motivações para o empreendimento”. Através de uma boa manutenção destas competências melhora-se a auto-estima, autonomia e o controlo (Fontaine, 2000:25).

A idade psicológica é encarada de diferentes maneiras pelos idosos, uma vez que as contingências ambientais têm influência na sua capacidade de adaptação.

“Bize e Vallier (1985) consideram que a diminuição da audição favorece a desconfiança, o ciúme, o egocentrismo e apatia, a inactividade”, por sua vez Fontaine (1999) afirma que o declínio intelectual tem como causas a diminuição das capacidades sensoriais, auditivas e visuais (cit. por Soares, 2002:47).

O idoso ao não ouvir bem começa a duvidar do que os outros lhes estão a transmitir o que pode promover a sua desconfiança em relação a certas pessoas.

No que se refere à influência do meio sociocultural David (1995) considera esta essencial no processo de adaptação ao envelhecimento. “A dificuldade em fazer novas amizades e de alterar os hábitos de vida, a saída dos filhos de casa, a morte de familiares e amigos, tudo pode originar isolamento, que é agravado pela resistência à mudança e pelas dificuldades de adaptação”. Mas também as exigências do meio podem levar a que o idoso perda a iniciativa, a motivação, se sinta inseguro e se isole socialmente (Soares, 2002:47/48).

O meio sociocultural tem uma grande influência no envelhecimento, pois os idosos têm dificuldade em adaptar-se a novas situações a que não estão habituados, preferindo por vezes isolar-se a reajustar-se a essas situações.

Os factores e condicionalismos capazes de comprometer o bem-estar da pessoa idosa e responsáveis pelas suas perturbações mentais, segundo Fernandes (1997) são: “a reforma, o isolamento, as perdas, a falta de recursos económicos, a adaptação, o reajustamento, as condições ambientais” (cit. por Soares, 2002:48).

Com a diminuição da capacidade mnésica (Bize e Vallier,1985), a perda da memória a curto prazo é um dos seus resultados, em que “a retenção na memória de factos recentes torna-se cada vez mais difícil e não se consegue reter o que é novo”, mas em compensação as recordações antigas irrompem frequentemente (cit. por Soares, 2002:48).

Essa perda da capacidade da memória pode ser treinada para que o idoso não perca tão depressa essa aptidão, através de jogos de treino da

memória, com o objectivo de fortalecer o registo de informações melhorando assim as funções da menésicas.

O bem-estar psicológico e a satisfação na velhice segundo Neri (1995) serão obtidos através de diversas “dimensões como envolvimento e apatia, equilíbrio entre as metas desejadas e alcançadas, auto-conceito positivo, humor, felicidade, ajustamento moral, saúde, longevidade, etc,” sendo estas influenciadas pela “saúde, nível socioeconómico, idade, raça, profissão, estado civil, integração social, entre outras” (cit. por Soares, 2002:49).

Manter a saúde mental e a memória activa é o desafio do século, já que nem todas as capacidades da inteligência declinam com o envelhecimento, uma vez que algumas são preservadas ou podem mesmo melhorar ligeiramente.

1.3. Preconceitos e estereótipos sobre idosos

A imagem do idoso na sociedade tem vindo a alterar-se, sendo que anteriormente era visto com respeito e como alguém sábio, devido ao seu papel determinante no aconselhamento e decisão sobre assuntos importantes, já hoje em dia, a sociedade valoriza mais a produtividade tornando o envelhecimento num conjunto de perdas de capacidades, sendo mesmo considerado um fardo para muitos.

Segundo Fernandes (2000) a sociedade tem uma visão preconceituosa do idoso, reforçando assim, a imagem negativa face à velhice e transformando os idosos num grupo social problemático, impedindo-os de apreciarem e assumirem os valores positivos da velhice. É neste sentido que Soares (2002:34) afirma que “a forma como a sociedade encara a velhice afecta o juízo que os idosos fazem de si mesmos, a imagem que têm de si próprios, bem como as condições e circunstâncias que envolvem todo envelhecimento”.

A sociedade ao contribuir para que o idoso tenha uma imagem negativa sobre si próprio está a fazer com que o idoso se sinta desvalorizado enquanto ser humano e não aprecia em pleno toda a sua velhice.

Segundo Silva, Farias, Oliveira e Rabelo (2012), os estereótipos e preconceitos presentes na sociedade são reflexos da sobrevalorização na cultura ocidental da beleza, juventude, independência e da produtividade.

A valorização dos estereótipos por parte da sociedade faz com que esta tenha uma visão gerontofóbica sobre a velhice, em que “o fenómeno do envelhecimento é considerado prejudicial, de menor utilidade ou associado à incapacidade funcional”. Segundo Staab e Hodges (1998) o “Ancianismo” é o “processo de estereotipia e de discriminação sistemática, contra as pessoas porque são velhas” (Martins & Rodrigues, 2004:250).

O idoso ao ser estereotipado por grande parte da sociedade pode começar a sentir sentimentos negativos face a si mesmo e a pensar que ele é que tem que mudar algo para que a sociedade o possa aceitar novamente.

Quando um grupo ou certos indivíduos são rejeitados ou rotulados deve-se ao facto de as características individuais negativas serem atribuídas a todos os indivíduos desse mesmo grupo. As atitudes negativas face ao envelhecimento podem acontecer em todos os níveis sociais. Em que segundo Nogueira (1996) na velhice, “os preconceitos envolvem geralmente crenças, de que o envelhecimento torna as pessoas senis, inactivas, fracas e inúteis” (Martins & Rodrigues, 2004:250).

A sociedade ao atribuir características negativas a todos os idosos está a generalizar o envelhecimento, porque nem todos são iguais não podendo por isso estarem dispostos todos no mesmo grupo como se fossem iguais e tivessem as mesmas particularidades, personalidade e envelhecessem todos da mesma forma.

Para Neri (2006) os estereótipos são componentes de organização do ser humano que o ajuda a compreender o mundo, e que podem levar o indivíduo a negligenciar ou minimizar as diferenças individuais (cit. por Silva, Farias, Oliveira & Rabelo, 2012).

No caso dos idosos são muitas vezes estereotipados de dependentes, antiquados, implicantes, dispensáveis, entre outros, em que estas características servem para generalizar todos os idosos.

O estereótipo segundo Castro (1999) “é uma imagem mental muito simplificada de alguma categoria de pessoas, instituições ou acontecimentos

que é partilhada, nas suas características essenciais por um grande número de pessoas” (cit. por Martins & Rodrigues, 2004:251).

Existem dois tipos de estereótipos, o positivo e o negativo. O estereótipo positivo “é aquele em que se atribuem características positivas a todos os objectos ou pessoas de uma categoria particular”, já o estereótipo negativo “atribui características negativas a todos os objectos ou pessoas de uma determinada categoria” (Martins & Rodrigues, 2004:251).

Os idosos são um dos grupos populacionais que são alvo de estereótipos negativos por parte de toda a sociedade.

Segundo um estudo realizado por Champagne e Frennet (cit. por Martins & Rodrigues, 2004:251) na Université de Montreal, os autores identificaram os estereótipos mais frequentes associados aos idosos, sendo eles:

- Os idosos não são sociáveis e não gostam de se reunir;
- Divertem-se e gostam de rir;
- Temem o futuro;
- Gostam de jogar às cartas e outros jogos;
- Gostam de conversar e contar as suas recordações;
- Gostam do apoio dos filhos;
- São pessoas doentes que tomam muita medicação;
- Fazem raciocínios senis;
- Não se preocupam com a sua aparência;
- São muito religiosos e praticantes;
- São muito sensíveis e inseguros;
- Não se interessam pela sexualidade;
- São frágeis para fazer exercício físico;
- São na grande maioria pobres.

A maioria destes estereótipos está ligada não a características específicas do envelhecimento, mas sim a traços da personalidade e a factores socioeconómicos. Os estereótipos relacionados com os idosos estão muitas vezes ligados ao desconhecimento do processo de envelhecimento, e podem influenciar a forma como os indivíduos interagem com a pessoa idosa (Martins & Rodrigues, 2004).

Os estereótipos são muitas vezes a causa de inquietações no idoso, pois impede-o de reconhecer as suas potencialidades e os factos positivos que podem advir com o envelhecimento, como por exemplo terem mais tempo para se dedicarem a uma actividade de que gostem ou para experimentarem eventos novos.

Para Couto (2005) citado por Silva, Farias, Oliveira & Rabelo (2012) o preconceito e a discriminação contra os idosos podem ser prejudiciais particularmente para as relações interpessoais, em que a percepção que o idoso tem de si e o sentimento de segurança na comunidade a que pertence são os mais atingidos.

Se o idoso não se sentir bem na comunidade em que está inserido vai ter receio de sair de casa e de falar com outras pessoas o que irá contribuir para um maior isolamento social.

Os idosos podem também ser alvo de juízos que se desenvolvem a partir de experiências e de informações que se possa ter sobre eles. Essas atitudes negativas em relação ao idoso segundo Berger (1995) citado por Martins & Rodrigues (2004:253) são o automorfismo social (não reconhecimento da particularidade do idoso); a gerontofobia (medo irracional de tudo quanto se relaciona com o envelhecimento e com a velhice); o “*ágismé*” (todas as formas de discriminação, com base na idade) e a infantilização ou “*bebeísmo*” (tratamento por tu, simplificação demasiada das actividades sociais e/ou recreativas e organização de programas de actividades, que não correspondem às necessidades dos indivíduos).

Estas atitudes negativas face ao idoso afectam o seu comportamento, fazendo com que se sintam ignorados, sem interesse pela sociedade, deprimidos e a sentirem-se como “alguém que apenas dá trabalho”.

Estas crenças existentes na sociedade em relação ao idoso são prejudiciais e distorcidas, e podem afectar a representação e influenciar na forma como os idosos vivenciam este momento, na sua auto-estima, auto-imagem, na aceitação das próprias limitações e no seu bem-estar psicológico (Silva, Farias, Oliveira & Rabelo, 2012).

Sendo portanto necessário o “combate a estas representações sociais gerontofóbicas e de carácter discriminatório, levando os cidadãos a adoptar

medidas e comportamentos adequados face aos idosos” (Martins & Rodrigues, 2004:253).

Há a necessidade de alertar para uma mudança da mentalidade dos indivíduos e da sociedade para o que é realmente o envelhecimento, e incentivar o idoso a participar e a interagir activamente na sociedade para desconstruir estas atitudes e estereótipos que se tem sobre eles.

Magalhães, Fernandes, Antão e Anes (2010) dizem que para evitar e combater a discriminação e os estereótipos é preciso actuar a vários níveis, sugerindo:

A nível político-social - a elaboração e implementação de um Plano Nacional Gerontológico que contemple: a promoção da imagem positiva do ser-se idoso, da velhice; a promoção e a utilização do elevado potencial de contribuição dos idosos como membros de uma sociedade, destacando os seus valores, a sua experiência de vida, a sua sabedoria, entre outros; a promoção dos benefícios de uma saudável relação entre gerações; a promoção do espírito de solidariedade entre gerações;

Maior difusão através dos *mass media* - através de medidas que promovam as imagens positivas acerca do envelhecimento, bem como o maior reconhecimento público da autoridade, da sabedoria, da produtividade e outras contribuições consideradas de extrema importância acerca das pessoas idosas, como é preconizado pelo Plano de Acção Internacional, produzido pelas Nações Unidas;

Alteração da actual forma de difusão por parte da maioria dos *mass media* - no sentido de incluir, divulgar e destacar nas suas mensagens a heterogeneidade e a multi-direccionalidade próprias de qualquer grupo de idosos, sem utilizar conteúdos discriminatórios;

Envolvência da comunidade científica na abordagem de distintas temáticas gerontológicas/geriátricas - quer através dos *mass media*, quer através da realização de fóruns, jornadas, congressos, entre outros, pois desta forma desmistificam-se as concepções erróneas e injustificadas e credibiliza-se a veiculação da informação.

1.4. Envelhecimento Activo

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o envelhecimento activo é "o processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas" (Ribeiro, Neri, Cupertino & Yassuda, 2009:502).

O conceito de envelhecimento activo atribui-se individualmente e também a grupos populacionais, permitindo assim que os indivíduos percebam o seu potencial, sendo este aplicado tanto a pessoas que trabalham como às reformadas.

O idoso deve ter uma expectativa de vida saudável e com qualidade, em que através do envelhecimento activo deve perceber "o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso de vida", e ainda ter um papel activo nas "questões económicas, culturais, espirituais, cívicas e na definição das políticas sociais" (Jacob, 2007:20).

O principal objectivo do envelhecimento activo é o aumento da expectativa de uma vida saudável e com qualidade de vida, em que o idoso deve mesmo participar activamente em todas as questões da sociedade.

O envelhecimento activo deve ir acontecendo ao longo do percurso de vida, pois o processo de envelhecimento não se inicia num ponto específico, "mas corresponde antes a um processo que se estende ao longo de toda a vida e em que a história individual se constrói progressivamente e se materializa em resultados profundamente heterogéneos e idiossincráticos" (Ribeiro & Paúl, 2011:2).

Neste sentido, o envelhecimento activo exige uma abordagem multidimensional e constitui um desafio para toda a sociedade, implicando a responsabilização e a participação de todos, no combate à exclusão social à discriminação e na promoção da igualdade entre géneros e da solidariedade entre gerações.

O modelo de envelhecimento activo indicado pela OMS depende de uma diversidade de factores designados de determinantes (Figura 1), "os quais são de ordem pessoal (factores biológicos, genéticos e psicológicos), comportamental (estilos de vida saudável e participação activa no cuidado da própria saúde), económica (rendimentos, protecção social, oportunidades de

trabalho digno), do meio físico (acessibilidade a serviços de transporte, moradias e vizinhança seguras e apropriadas, água limpa, ar puro e alimentos seguros), sociais (apoio social, educação e alfabetização, prevenção de violência e abusos), e ainda relativos aos serviços sociais e de saúde de que as pessoas beneficiam (orientados para a promoção da saúde e prevenção de doenças, acessíveis e de qualidade)” (Ribeiro & Paúl, 2011:2).

Estes determinantes podem-se subdividir em diversos aspectos, de onde têm sido criadas políticas a implementar pelos governos e instituições.

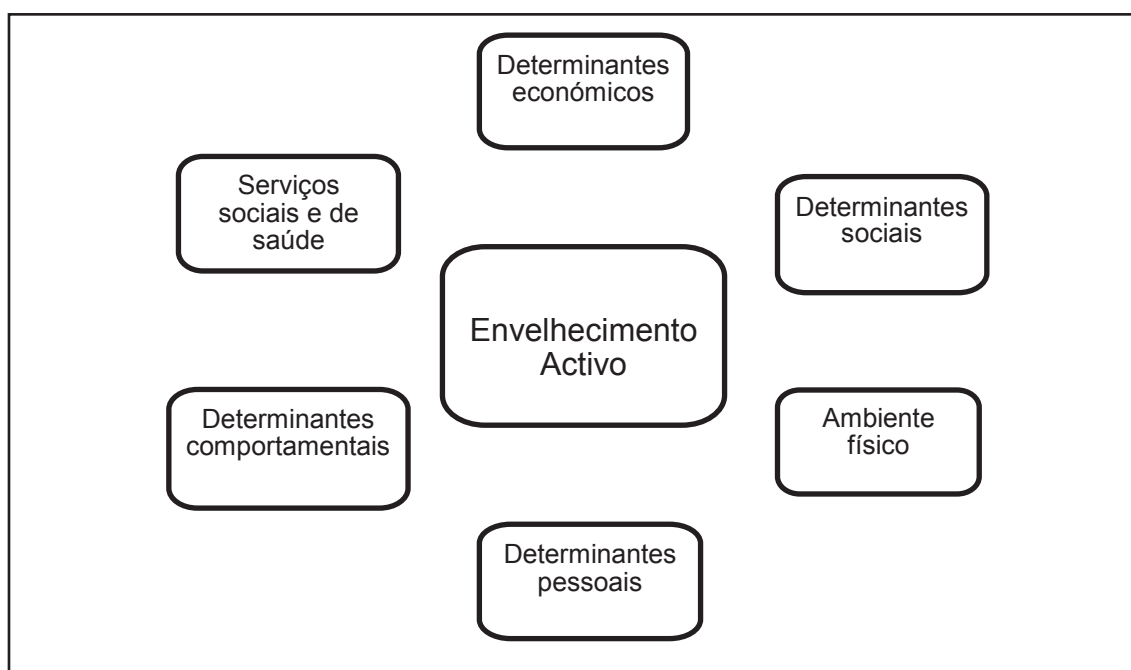


Figura 1 - Determinantes do Envelhecimento Activo de acordo com a OMS (2005) (Ribeiro & Paúl,2011:3)

A nível individual o envelhecimento activo deve ser promovido através de acções que façam com que a pessoa tome consciência acerca do poder e controlo que tem sobre a sua vida.

“ (...) a abordagem do envelhecimento activo reconhece a importância dos direitos humanos das pessoas mais velhas e dos princípios da independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas” (Ribeiro & Paúl, 2011:3).

Os idosos devem ser sujeitos activos e promotores, através da luta pelos seus direitos e o exercício da cidadania, sendo isto fundamental para que os seus direitos já conquistados sejam garantidos plenamente.

O modelo de envelhecimento activo encontra-se assente em três pilares básicos, a saúde, a segurança e a participação social. A nível da saúde é “baseada em diagnósticos médicos ou percebida pelo próprio”; a segurança, inclui “um olhar crítico sobre o planeamento urbano e os lugares habitados (...), os espaços privados e o clima social de não-violência das comunidades”; a participação social, “na comunidade em que está inserido (...), a família, os grupos de pares, o exercício da cidadania emergem como palcos incontornáveis da vida social do ser humano” (Ribeiro & Paúl, 2011:4).

Estes três pilares revelam a grande complexidade e dimensão que o envelhecimento activo possui, em que toda a sociedade tem a responsabilidade de os difundir.

Também para Araújo e Melo (2011:141) “A participação na sociedade tem sido sugerida como um factor preponderante para o bem-estar das pessoas, constituindo um dos três pilares do modelo de Envelhecimento Activo proposto pela OMS”.

O idoso ao participar na sociedade está a contribuir para a manutenção da sua rede de apoio social, e a interagir com pessoas de outras idades e com ideias diferentes das suas.

Tornando-se assim necessário nesta fase da vida “reforçar os laços sociais, consolidando a integração na família bem como a aproximação à comunidade, através da participação nas organizações e instituições locais, redes de vizinhança, desmistificando a ideia de uma velhice continuamente associada ao abandono e ao isolamento” (Araújo & Melo, 2011:141).

O idoso ao envolver-se em actividades e ao participar socialmente está a ter a oportunidade de conhecer novas pessoas ou a conviver com já conhecidos, aumentando assim, as suas relações sociais.

Através da participação em actividades de lazer e de recreação o idoso promove a convivência e distrai-se, melhorando assim, “a sua autoestima e, ao adquirir novas aprendizagens, aumenta o seu crescimento pessoal e sente-se mais participativo e integrado na sociedade” (Araújo & Melo, 2011:156).

Consoante os interesses pessoais de cada um, podem ser escolhidas actividades de diferentes âmbitos, por exemplo, físico, intelectual, cultural, manual e artístico.

Para um envelhecimento com qualidade e activo é essencial a prática de actividade física. “A OMS aponta um estilo de vida activo como uma das principais formas de prevenir doenças, manter o funcionamento cognitivo e providenciar a integração na sociedade” (Araújo, 2011:13).

O idoso pode optar por pequenos exercícios que não exigem muito esforço como é o caso de uma caminhada com os vizinhos, estando assim a contribuir para que a sua funcionalidade física não se debilite e ao mesmo tempo a manter uma ligação social com alguém.

Segundo Araújo (2011), a prática de exercício regular pode ser uma forma de atingir diversos objectivos que contribuem para um envelhecimento activo, como os objectivos físicos, através da manutenção ou aumento da resistência, força muscular, flexibilidade e equilíbrio; objectivos psíquicos, com a melhoria das capacidades cognitivas, perceptivas e de coordenação; e objectivos sociais, através da manutenção ou melhoria das capacidades comunicativas consigo mesmo, com os outros que o rodeiam e com o ambiente.

O objectivo da prática de exercícios na terceira idade é preservar ou melhorar a sua autonomia, bem como minimizar ou retardar os efeitos que advêm do envelhecimento, além de aumentar a qualidade de vida dos indivíduos.

2. O Apoio Social no Envelhecimento

2.1. O início do apoio social à velhice em Portugal

Segundo Moura (2009) durante séculos, as Instituições ergueram-se e desenvolveram-se na retaguarda das Instituições Religiosas. Na Idade Média nasceram as Ordens e as Irmandades que passaram a ser responsáveis pelo acolhimento de peregrinos e auxílio dos mais pobres. A partir do século XV começaram a existir pequenos hospitais dispersos pelo país, o que conduziu à necessidade de coesão para melhorar e rentabilizar os serviços prestados.

Segundo Dias (1993, cit. por Moura, 2009), em 1498 nascem as Misericórdias através do esforço e obra de D. Leonor, estas começaram por ser organizações sociais caracterizadas pela vocação de prestação filantrópica de assistência às necessidades da população em geral, em que o sucesso deste tipo de obra relaciona-se com o seu carácter humanitário e a capacidade de adaptação às constantes necessidades sociais. As Misericórdias em Portugal foram muito importantes, visto que, tiveram uma atribuição muito relevante na reforma e institucionalização da assistência no nosso país. No final do século XV, existiam mais três tipos de estabelecimentos de assistência, nomeadamente, as albergarias, os hospitais e as Misericórdias.

A necessidade de assistência à Terceira Idade apenas surgiu a partir do século XX, visto que, até meados da década de setenta, Portugal não sentia os efeitos do envelhecimento demográfico, uma vez que, o número de pessoas que alcançavam uma idade avançada era muito escassa e a maioria ficava aos cuidados e solidariedade de familiares ou eram entregues ao cuidado de instituições religiosas, e como tal, as preocupações relativas à assistência de idosos era praticamente nula (Fernandes, 1997, cit. por Moura, 2009).

Em 1971 foi criado o serviço de Reabilitação e Protecção aos Diminuídos e Idosos, no âmbito do Instituto da Família e Acção Social inserido na Direcção Geral da Assistência Social. Pela primeira vez em Portugal foi criado um serviço dirigido à procura de soluções para os problemas da população idosa (Martins, 2006).

Depois da queda da ditadura em 25 de Abril de 1974, realizou-se uma reorganização das políticas de protecção social, devido ao desenvolvimento de diferentes áreas que previam a assistência aliadas aos novos papéis assumidos pelo Estado. Sendo nesta altura que começaram a aparecer as instituições de assistência ao geronte, mais conhecidos como asilos, datando dos finais do século XIX e inícios do século XX (Moura, 2009).

Devido às alterações da política social e ao aumento da procura da mesma, houve a necessidade de alargar a rede de instituições de alojamento para idosos (Martins, 2006).

Com o crescimento da população idosa e dependente de cuidados especiais, as instituições destinadas a prestar assistência a essa população tornam-se cada vez mais necessárias.

Neves (1998, cit. por Martins, 2006:128), refere que “em consequência emerge uma acção social que, na sua maior parte, é exercida por instituições particulares de solidariedade social e outras organizações privadas apoiadas financeiramente pelo Estado, mediante protocolos de cooperação”.

2.2. A relevância do apoio social na velhice

Martins (2005:129) citando Barrón (1996) afirma que, o apoio social é “um conceito interactivo que se refere às transacções que se estabelecem entre indivíduos”, ou seja, é definido como a utilidade das pessoas e nas quais se pode confiar ou com quem se pode contar em qualquer circunstância. Neste sentido, o apoio social caracteriza-se por ser um processo que propicia assistência e ajuda através de factores de suporte que facilitam e asseguram a sobrevivência dos seres humanos.

O apoio social na velhice é ainda mais importante, pois trata-se de uma fase da vida em que o indivíduo mais precisa de assistência, em que existe uma perda de funcionalidades e uma diminuição da sua rede social.

Completando esta definição Serra (1999, cit. por Martins 2005:129), caracteriza o apoio social como a “quantidade e coesão das relações sociais que rodeiam de modo dinâmico um indivíduo”. Deste modo, é possível concluir que o apoio social é um conceito interactivo alusivo a interacções e trocas entre os

indivíduos, no sentido de promover o bem-estar físico e psicológico de cada membro pertencente à rede social de apoio, de modo a satisfazer as necessidades sociais, promovendo e completando os recursos pessoais que possuem, para enfrentarem as novas exigências e atingirem novos objectivos.

Normalmente quem concede o apoio social são as pessoas que são mais chegadas ao idoso, como a família ou amigos e vizinhos mais próximos, em que estes auxiliam na satisfação das necessidades do idoso.

Martins (2005), afirma que o apoio social terá um efeito directo sobre o bem-estar, o que significa que quanto maior for o apoio social menor será o mal-estar psicológico e físico sentido e quanto menor for o apoio social maior será a incidência dos transtornos e mal-estar.

Em que se o indivíduo tiver a percepção que pertence a uma rede de apoio social e que pode contar com ela para diferentes circunstâncias, irá sentir-se muito melhor e protegido o que contribuí muito para a sua qualidade de vida.

As funções do apoio social segundo Barrón, (1996) citado por Martins (2005:131) são:

“Apoio emocional – diz respeito à disponibilidade de alguém com quem se pode falar, e inclui as condutas que fomentam sentimentos de bem-estar afectivo.

Apoio material e instrumental – caracteriza-se por acções ou materiais proporcionados por outras pessoas e que servem para resolver problemas práticos e/ou facilitar a realização de tarefas quotidianas. Este tipo de apoio tem como finalidade diminuir a sobrecarga das tarefas e deixar tempo livre para actividades de lazer.

Apoio de informação – refere-se ao processo através do qual as pessoas recebem informações ou orientações relevantes que as ajuda a compreender o seu mundo e/ou ajustar-se às alterações que existem nele”.

As formas de apoio e cuidados aos idosos variam conforme o país, sendo que em alguns países, o suporte oferecido é quase exclusivamente da responsabilidade do Estado, noutros é a família o principal cuidador do idoso ou então existe uma divisão das responsabilidades entre o sector público e o privado (Karsch,2003).

Karsch (2003) sublinha que estes modelos de apoio ao idoso vão sofrendo novos impactos e mudanças causados pelas transformações nas relações sociais, no emprego, nas estruturas familiares ou mesmo nas funções de protecção do Estado.

2.3. Redes Sociais de Apoio ao Idoso

Existem dois tipos de redes sociais de apoio aos idosos, sendo elas as redes de apoio formal e as redes de apoio informal. Estes dois tipos de apoio podem ter uma relação de complementaridade ou de substituição.

O apoio formal segundo Nogueira (1996, cit. por Martins 2005:133) comporta os “serviços estatais, de segurança social e os organizados pelo poder local (Lares para a Terceira Idade, Serviços de Apoio Domiciliário, Centros de Dia).

Do apoio informal fazem parte a família, os amigos e os vizinhos”.

2.3.1. Rede de Apoio Informal

O apoio informal é a prestação de cuidados ao idoso em situação de dependência pela família, amigos e vizinhos e outros grupos de pessoas, podendo estes ser de carácter doméstico, afectivo, relacional ou financeiro (Lage, 2005, cit. por Carvalho, 2009:79).

Os motivos pelo qual prestam apoio ao idoso, podem ser diversos, como o das necessidades, da obrigatoriedade, do interesse, da reciprocidade e da complementaridade e do compromisso.

Finch e Mason (1993) e Fernandes (2001) citados por Carvalho (2009:79) no que diz respeito às necessidades referem-se aos apoios que são prestados aos membros familiares que se encontram em dificuldade temporária e que é urgente apoiar; a obrigatoriedade está associada ao dever de cuidar como obrigação, como quando não existe outra alternativa viável; o interesse implica um proveito na prestação dos cuidados, como, por exemplo, beneficiar de uma herança e/ou um pagamento; a reciprocidade está associada à dívida resultante do pagamento de uma dívida, ou seja, uma dívida recebida

anteriormente, como a de pais para filhos ou de esposo/esposa; a complementaridade está associada a um apoio adicional prestado pelo sistema do Estado ou por outro suporte formal; o compromisso está ligado ao apoio que é prestado a alguém quando existe um sentimento de afecto face à pessoa que necessita de cuidados.

A principal razão para a prestação de cuidados aos idosos ser feita pela família é o compromisso afectivo, baseado no amor e no afecto e não na obrigação ou na expectativa de receber algo em troca.

O sexo feminino continua a ser o grande prestador de cuidados ao idoso quando este necessita, principalmente as esposas, filhas e noras. Nas famílias com pessoas idosas dependentes a cargo, é sobre a mulher que incide a responsabilidade de cuidar do idoso, tendo que conciliar a vida profissional com a vida pessoal, “traduzindo-se numa sobrecarga de trabalho para esta, que gere a sua vida profissional, familiar e pessoal em função das necessidades sociais dos idosos” (Carvalho, 2009:84).

A relação do género com os cuidados e os cuidadores são impostas pelas culturas, organização social, política e ideológica. “Por isso, as expectativas dos indivíduos face aos cuidados e aos cuidadores estão associadas a essas relações” (Carvalho, 2009:85).

Em Portugal a grande maioria dos cuidadores são mulheres, devido ao facto de antigamente a mulher ter a obrigação de ficar em casa a cuidar dos filhos e dos mais velhos, e de só ter adquirido os mesmos direitos que o homem tardiamente.

Para Carvalho (2009) o apoio familiar informal apela a trocas e à solidariedade entre as gerações, em que este não pode ser imposto, encontrando-se implícito nas escolhas pessoais de cada indivíduo.

O apoio prestado ao idoso não pode ser consagrado como uma obrigação, mas sim como uma escolha voluntária e de que deve participar vários indivíduos e não apenas um único devido à grande complementaridade deste apoio.

Cuidar de um familiar idoso pressupõe um envolvimento emocional, um esforço físico e um consumo de tempo e energia, o que pode provocar “stress físico e psíquico” no cuidador (Carvalho, 2009:91).

2.3.2. Rede de Apoio Formal

As redes formais são constituídas por organismos governamentais e outras instituições que desenvolvem um apoio específico, sistemático e organizado à população idosa de acordo com as necessidades específicas de cada um.

Em que “a pessoa que presta cuidados a outra o faz numa base contratual, isto é, neste caso a relação que estabelece com o utente/cliente é profissional e qualificada, comprometendo-se a prestar-lhe cuidados sob obrigações específicas, sob recompensa pecuniária e/ou material pelo exercício das suas funções” (Nogueira, 2009:10).

Segundo a Segurança Social ¹ existe um conjunto de respostas de apoio social para pessoas idosas, que têm como objectivos promover a autonomia, a integração social e a saúde do idoso. Os apoios sociais para idosos de acordo com as suas necessidades são:

Serviço de apoio domiciliário (SAD) – consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das actividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito. Este serviço tem como objectivos: Concorrer para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias; contribuir para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar; contribuir para a permanência das pessoas no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais; promover estratégias de desenvolvimento da autonomia; prestar os cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes; facilitar o acesso a serviços da comunidade e reforçar as competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores.

Centro de convívio – apoio em actividades sociais, recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação activa das pessoas idosas, residentes numa determinada comunidade. Tendo como objectivo

¹ Retirado de: <http://www4.seg-social.pt/idosos>

prevenir a solidão e o isolamento; incentivar a participação e inclusão dos idosos na vida social local; fomentar as relações interpessoais e entre as gerações e contribuir para retardar ou evitar a institucionalização.

Centro de dia – presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção no seu meio social e familiar, das pessoas com 65 e mais anos. Tem como objectivo assegurar a prestação de cuidados e serviços adequados à satisfação das necessidades e expectativas do utilizador; prevenir situações de dependência e promover a autonomia; promover as relações pessoais e entre as gerações; favorecer a permanência da pessoa idosa no seu meio habitual de vida; contribuir para retardar ou evitar ao máximo o internamento em instituições e promover estratégias de desenvolvimento da autoestima, da autonomia, da funcionalidade e da independência pessoal e social do utilizador.

Centro de noite – tem por finalidade o acolhimento nocturno, prioritariamente para pessoas de 65 e mais anos com autonomia que, por vivenciarem situações de solidão, isolamento ou insegurança necessitam de suporte e acompanhamento durante a noite. Tem como objectivos acolher pessoas idosas autónomas durante a noite; assegurar bem-estar e segurança; favorecer a permanência da pessoa idosa no seu meio habitual de vida e evitar ou retardar ao máximo o internamento em instituições.

Acolhimento familiar – consiste em integrar, temporária ou permanentemente, pessoas idosas em famílias capazes de lhes proporcionar um ambiente estável e seguro. Este serviço tem como objectivos acolher pessoas idosas que se encontrem em situação de dependência ou de perda de autonomia, vivam isoladas e sem apoio social e familiar e/ou em situação de insegurança; garantir à pessoa acolhida um ambiente social, familiar e afectivo propício à satisfação das suas necessidades e ao respeito pela sua identidade, personalidade e privacidade e evitar ou retardar ao máximo o internamento em instituições.

Residência – Resposta social destinada a alojamento colectivo de idosos, de utilização temporária ou permanente. Tem como objectivos proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento activo; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar e potenciar a integração social.

Lar de idosos – alojamento colectivo, temporário ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia. Tem como objectivos acolher pessoas idosas, ou outras, cuja situação social, familiar, económica e/ou de saúde, não lhes permite permanecer no seu meio habitual de vida; assegurar a prestação dos cuidados adequados à satisfação das necessidades, tendo em vista a manutenção da autonomia e independência; proporcionar alojamento temporário, como forma de apoio à família; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar e encaminhar e acompanhar as pessoas idosas para soluções adequadas à sua situação.

Centro de férias e lazer - destinado a todas as faixas etárias da população e à família na sua globalidade para satisfação de necessidades de lazer e de quebra da rotina, essencial ao equilíbrio físico, psicológico e social dos seus utilizadores. Tem como objectivos proporcionar estadias fora da sua rotina de vida; contactos com comunidades e espaços diferentes; vivências em grupo, como formas de integração social; promoção do desenvolvimento do espírito de interajuda e fomento da capacidade criadora e do espírito de iniciativa.

Existe ainda o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), que tem como objectivos assegurar a oferta de cuidados, com carácter urgente e permanente, que visam manter a autonomia do cidadão idoso no domicílio e no seu meio habitual de vida; estabelecer medidas que visem melhorar a mobilidade e acessibilidade a serviços; implementar respostas de apoio às famílias que prestam cuidados a pessoas com dependência, especialmente idosos; promover e apoiar a formação inicial e em exercício, de Prestadores Informais de Cuidados e Formais e desenvolver medidas preventivas do isolamento e da exclusão (Bugalho, Lopes, Quintela, Nogueira, Loff, & Pais, 2007).

Segundo Bugalho *et al.* (2007) os projectos desenvolvidos pelo PAII a nível local são os Serviços de Apoio Domiciliário (SAD), a Formação de Recursos Humanos, Centro de Apoio a Dependentes/Centro Pluridisciplinar de Recursos (CAD). A nível central são o serviço de Telealarme (STA), os passes de Terceira Idade e a Saúde e Termalismo Sénior.

Com o Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas (PCHI)² os idosos que usufruam do SAD ou do Centro de Dia ou cuja prestação destes serviços esteja dependente da qualificação habitacional, vêem as suas condições básicas de habitabilidade e mobilidade melhoradas.

Existem outros apoios de carácter financeiro destinados aos idosos, designados de pensões e que podem ser de regime contributivo (caso tenha feito descontos para a Segurança Social) ou não contributivo (Martins, 2006:130).

Se os idosos pertencem ao regime contributivo podem ter direito à pensão de velhice, pensão de invalidez, pensão de sobrevivência unificada e o subsídio por assistência de terceira pessoa.

Caso os idosos não tenham feito descontos para a Segurança Social (regime não contributivo), têm direito a pensões sociais e à pensão de viuvez.

² Retirado de: <http://www4.seg-social.pt/programa-conforto-habitacional-para-pessoas-idosas-pchi>

3. Institucionalização

3.1. Institucionalização do idoso

A institucionalização da pessoa idosa é uma questão muito abordada actualmente, na medida que cada vez mais a população tende a ficar envelhecida. Sendo este um factor preocupante para a sociedade, uma vez que o idoso é visto, como aquele que é incapacitado de poder fazer a sua vida diária sem o apoio de alguém, levando a que a família tenha um papel fundamental no processo de envelhecimento do idoso, mas nem sempre a família consegue acompanhar esse processo, pois com a modernização da sociedade, as famílias contemporâneas passaram a gozar de dinâmicas domésticas que na maior parte das vezes inviabilizam a efectivação de cuidados necessários ao idoso, recorrendo assim a uma instituição para prestar algum tipo de serviço (Brito, 2008).

Quando a família não pode ou não quer cuidar do idoso a institucionalização torna-se algo definido na vida do idoso, uma vez que não tem ninguém que o auxilie nesta última etapa de sua vida.

Citando Zimmerman (2000:20), “sempre digo que o velho é um mais: têm mais experiência, mais vivência, mais anos de vida, mais doenças, mais perdas, sofre mais preconceitos e tem mais tempo disponível”.

Segundo Zimmerman (2000), a pessoa idosa vê-se frequentemente confrontada com problemas de aspectos múltiplos, que afectam em graus diferentes a sua autonomia funcional e as capacidades do meio para os superar. Com o aumento das incapacidades físicas e psicológicas da pessoa idosa, diminuem as capacidades do meio, tornando-se assim necessário e viável, encarar a hipótese de internamento numa instituição. A família decide pela institucionalização do idoso devido a múltiplos factores, como a crescente debilidade da pessoa idosa, os fracos recursos económicos e o esgotamento emocional.

O recurso à institucionalização, na falta de outra alternativa, é cada vez mais vulgar tal como se constata pela enorme procura deste tipo de resposta social de apoio e pelas longas listas de espera.

Com a perda de funcionalidades e limitações que a idade lhe impõe, o idoso pode ver a institucionalização como algo positivo, uma vez que terá ajuda para as actividades que necessitar.

Segundo Cardão (2009), com a institucionalização o idoso procura vínculos alternativos, numa outra relação de apoio e de protecção, que não seja a família, com o objectivo de que o resto da sua vida possa ser vivido em segurança.

O idoso pode procurar vínculos nos funcionários ou em outros idosos institucionalizados.

De acordo com Born (2002:406) citado por Cardão (2009:40) “a qualidade das instituições depende de todo um conjunto que engloba o ambiente humano e espacial, onde a vida é valorizada e a dignidade do idoso é reconhecida até no leito de morte”.

Assim os serviços institucionais representam um recurso importante para os idosos, tendo em conta a perda de autonomia e o estado de saúde geral.

Com a institucionalização, é exigido ao idoso que abandone o seu espaço, obrigando-o a reaprender e a integrar-se num meio que lhe é limitativo e que, em muitos casos, assume o controlo de muitos aspectos da sua vida (Fernandes, 2000).

Entende-se que um processo de institucionalização na maioria das vezes não é fácil para um idoso, pois este deixa o seu lar, onde sempre viveu para se instalar numa “nova residência” que não sendo sua, tem que se habituar a nela residir e estar submetido às regras dessa mesma instituição.

Tomar a decisão e entrar para uma estrutura residencial é uma grande mudança na vida de uma pessoa, devido à separação do meio familiar, obrigando o idoso a adaptar-se a um novo ambiente. Esta mudança para o lar só pode ser efectuada se houver o consentimento livre, expresso e informado de parte do idoso, devendo ser debatido com o próprio e a família as vantagens e as desvantagens da entrada no mesmo.

O idoso institucionalizado passa a ver com nostalgia a perda de uma vida activa, onde podia ser o senhor do seu mundo e das suas acções (Cardão, 2009).

Na instituição o idoso passa a ter que cumprir horários para tudo e mais alguma coisa e a ter que realizar actividades que nunca pensou que teria anteriormente, sentindo-se muitas vezes enclausurado dentro da instituição.

Cardão (2009:41) referindo Born (2002:407) afirma que no idoso institucionalizado “o sofrimento da separação e/ou abandono é marcado por fantasias de perda de liberdade, abandono pelos filhos, aproximação da morte, tratamento que irão receber de funcionários e colegas”. Em que por sua vez, os familiares idealizam que o internamento irá contribuir para um maior convívio e melhor tratamento ao nível dos cuidados básicos e de saúde.

A institucionalização é vivida de diferentes maneiras, se para o idoso pode ser visto como algo negativo, visto que vai para um lugar desconhecido e conviver diariamente com pessoas que possivelmente nunca lidou anteriormente, já para a família é visto como algo positivo, uma vez que o idoso vai passar a conviver com pessoas da sua faixa etária e a receber os cuidados que necessitar.

O idoso ao ser institucionalizado começa a padecer de sentimentos de “angústia perante o estranho, o medo do desconhecido, do mau trato, do desrespeito pela sua integridade física e psicológica” (Cardão, 2009:41).

Com a institucionalização começa a experimentar sentimentos negativos em relação ao ambiente e às pessoas que o rodeiam.

A entrada no ambiente institucional é sempre angustiante, sendo que para uma “adaptação bem-sucedida à institucionalização dependerá não só da sua personalidade e da forma como foi envelhecendo, como também dos factores ambientais privilegiados pela cultura e rede institucional” (Cardão, 2009:45).

O processo da institucionalização é longo, pressupondo todo um conjunto de etapas, sendo por norma, difícil. A saída de casa para um lar põe em causa diversas questões, como da integridade, privacidade e independência do idoso, bem como da sua ligação entre o passado e o futuro. Além disso, altera todo um conjunto de rotinas e interacções que modificam o estilo de vida do próprio.

O espaço institucional é considerado “um lugar de liberdade vigiada, o papel do indivíduo é definido e modelado pela instituição, devendo este conformar-se e adaptar-se aos espaços em que é instalado” (Guedes, 2012:47).

Ao mesmo tempo, a institucionalização pode também acarretar, independentemente das suas causas, integração do idoso e redes de apoio social, uma

melhoria de satisfação do bem-estar, não só a nível da prestação de serviços e cuidados básicos, como a nível das interações: do aumento das redes sociais de apoio, do sentido de pertença, da promoção de actividade física e psicológica, da criação de projectos e novos objectivos de vida.

3.2. As consequências do processo de institucionalização

Com a institucionalização, Guedes (2012:38) considera que o idoso passa por um processo de “desculturização”, devido à “diminuição de capacidades verificadas na fase do envelhecimento que atrofiam a capacidade de assimilar as transformações culturais que ocorrem no mundo extra-residencial”.

Uma vez que o idoso se encontra “fechado” na instituição não tem tanta noção das transformações que ocorrem no exterior como se tivesse na sua casa.

Para o mesmo autor, a regulamentação das instituições podem impedir os indivíduos de organizarem as actividades mais triviais de acordo com a sua vontade, limitando-os assim, a nível da autonomia e da acção. Por sua vez, é imposto ao idoso horas para as refeições, de dormir, de aceder à residência, de realizar actividades de ócio e TV, de saídas, entre outras. Assim, como a perda de privacidade, através de situações “íntimas” em espaços de convívio, a dificuldade em definir simbolicamente o seu próprio espaço, por meio da decoração pessoal do seu quarto.

Com esta mudança de estilo de vida que advém da institucionalização, os idosos passam a adoptar um sistema padronizado dessas normas estabelecidas, e em que as regras e os horários são iguais para todos. Devido à dependência de como é organizado o seu tempo e o seu espaço, os idosos passam a não se sentirem motivados para planear por si próprios como o seu dia e horas podem ser vividas.

Através desta “imposição burocrática e não fruto de um consenso entre os residentes, é de acordo com a autora, humilhante e assume-se como um atentado à personalidade e à singularidade dos indivíduos” (Guedes, 2012:39).

As imposições burocráticas são consideradas um atentado ao idoso porque são todos abordados de forma igual e sem respeitar as especificidades de cada um enquanto ser individual.

Barenys (1990:81) citado por Guedes (2012:39) afirma que “muitas das normas que regem as residências são para proteger os idosos das carências inerentes à sua velhice”, em que por sua vez, “as habitações não têm chave para que não se fechem nesses espaços; não lhes é permitido ter comida para que comam bem, a horas e não desordenadamente; não lhes é permitido saírem sozinhos para que não sofram acidentes; quando saem levam pouco dinheiro para que não lho roubem ou não gastem mal; dissuadimo-los de ir ao médico porque são maníacos das suas doenças, etc.”

Com estas normas impostas os idosos sentem-se muitas vezes como se fossem crianças, em que não podem fazer nada sem pedir a autorização ou então têm que seguir regras que são impostas de igual forma para todos.

Desta forma, os cuidadores nas instituições determinam as regras que as pessoas idosas devem cumprir, em que através destas normas reduzem “ao mínimo a incerteza da conduta de pessoas que convivem em grupo” e são eficazes a “manobrá-las com comodidade e com o mínimo esforço” (Guedes, 2012:40).

Com estas regras iguais para todos os idosos é mais fácil para os funcionários lidar de forma idêntica e estandardizada com o grupo de idosos do que dar respostas específicas para cada caso, o que iria despende muito mais tempo.

Com a institucionalização subsiste uma “remodelação do “eu” de tal maneira que a pessoa acaba sendo o que a instituição pede que seja através das suas práticas de vida e aplicações regulamentares” (Goffman, 1990:82, cit. em Guedes, 2012:40).

É comum que os idosos institucionalizados se sintam diminuídos, em que este sentimento é intensificado quando os cuidadores os chamam por um apelido diminutivo, como avó/avô, ou mesmo quando os tratam como crianças.

No caso dos idosos a resistência a essas normas não é muita, devido ao seu estado de saúde vulnerável e à sua dependência, “perdem o direito à contestação, dado que supostamente tudo é para o bem do residente” (Guedes, 2012:40).

A “perda de autonomia própria impele a pessoa a recapitular as vivências do passado, feitas de histórias que se repetem, porque não há nada de novo a contar” (Cardão, 2009:13). Sendo que também pode provocar a “quebra da auto-estima e sofrimento emocional de tonalidade depressiva, que muitas vezes só fica visível no aumento de queixas somáticas” (Netto, 2002, cit. em Cardão, 2009:43).

Sem a independência a que estava habituado e sem a vivência de experiências novas, o idoso passa a ter como opção apenas recordar o que um dia viveu, o que pode provocar muitas vezes efeitos psicológicos que se transformam em físicos.

Segundo Netto (2002) a solidão e o isolamento social, “acentuam uma série de perdas ao nível da identidade e da auto-estima”, mas para algumas pessoas “é possível manter a sua identidade e sentido de valor próprio” mesmo encontrando-se institucionalizado (Cardão, 2009:43).

Nem todos os idosos ao serem institucionalizados experienciam emoções negativas, alguns encaram a institucionalização como algo bom para a sua vida, em que passaram a estar sempre acompanhados por outras pessoas e a ter ajuda em tarefas que já tinham dificuldade em realizar sozinhos.

3.3. O desafio identitário da entrada numa instituição

A identidade é o resultado da construção individual e social, encontrando-se em constante reestruturação, reelaboração, dependente das orientações dos indivíduos e das perspectivas e julgamentos que os outros lhe atribuem, e também em permanente reconstrução ao longo da vida (Guedes, 2012).

A identidade de cada indivíduo é o que o diferencia dos outros, em que não existem duas identidades iguais, encontrando-se esta sempre em constante reedificação.

A identidade de uma pessoa “corresponde ao que ele tem de mais precioso”, em que a perda dessa identidade irá causar sentimentos de alienação, angústia e sofrimento (Guedes, 2012:50).

Com a institucionalização, o idoso depara-se muitas vezes com a perda ou a assimilação da sua identidade, ao serem tratados como um grupo e não individualmente.

Guedes (2012) refere que para que o indivíduo reconheça o “eu” é necessário que não seja apenas um membro passivo do grupo, mas que desempenhe uma papel útil e reconhecido pelo grupo a que pertence.

O idoso é muitas vezes considerado um membro passivo e que não interage se não for invocado para isso.

Deste equilíbrio entre o “eu” que assimila o espírito do grupo e do que permite se afirmar positivamente no grupo dependerá a consolidação da identidade social e o sucesso do processo de socialização (Guedes, 2012:51).

O indivíduo ao pertencer a um grupo e ao conseguir se afirmar dentro do mesmo está a fortalecer a sua própria identidade social.

“A ameaça ao sentimento subjectivo de identidade é particularmente relevante quando nos reportamos às experiências e à vivência em grupo” (Guedes, 2012:57).

Ao ser institucionalizado o idoso passa a viver em grupo, sendo por isso uma ameaça à sua identidade, pois encontra-se em contacto com pessoas que não conhece e com regras diárias que anteriormente não tinha.

É através da comunicação que o indivíduo se deve dar a conhecer ao grupo, sendo que a “palavra é entendida, em termos subjectivos, como a manifestação e exteriorização de si para os outros, como um prolongamento do indivíduo e da sua identidade” (Guedes, 2012:58).

O modo como o indivíduo comunica é visto como pertencente à sua identidade, e é através da mesma que ele se deve dar a conhecer aos outros.

Por sua vez é mediante a receptividade que os outros fazem das suas palavras, que o indivíduo se vai sentir valorizado ou depreciado, em que “a palavra surge com o fim de traduzir a identidade do sujeito na interacção” (Guedes, 2012:59).

A forma como o indivíduo analisa o discurso de outro é que vai fazer com que o mesmo se sinta apreciado ou não pelos outros.

“O ambiente institucional que oferece uma base segura, adapta-se às necessidades emocionais da pessoa idosa e deixa margem para que esta possa manifestar a sua própria personalidade” (Cardão, 2009:40).

A preservação e a potencialização das capacidades individuais são fundamentais para o bem-estar do idoso, sendo necessário evitar interacções insatisfatórias e que possam provocar frustração.

4. Qualidade de vida

Pereira (2010) apresenta o conceito de Qualidade de vida definido pela Organização Mundial de Saúde (2005) baseia-se na “percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, dentro do contexto da sua cultura e no sistema de valores em que vive, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”. Este é um conceito muito abrangente e que segundo a OMS (1994) integra “a saúde física de uma pessoa, o seu estado psicológico, o seu nível de dependência, as suas relações sociais, as suas crenças e a sua relação com características proeminentes no ambiente” (Pereira, 2010:28).

A qualidade de vida pode ser considerada um conceito vasto e subjectivo, uma vez que está relacionada com a percepção que o indivíduo tem perante a vida, no contexto cultural e no respectivo sistema de valores, e que inclui diversos sectores como a saúde, estado psicológico, grau de dependência, relações estabelecidas socialmente e com o ambiente.

Apesar de a qualidade de vida ser difícil de avaliar e medir segundo Souza *et al.* (2006) existem diversos instrumentos, como é o caso do Short Form 36 (SF36) e o Whoqol-bref, que dividem as questões em várias dimensões (cit. por Pereira, 2010).

Sem qualidade de vida e sem apoio social, informal ou formal, o risco de isolamento e sobrecarga é maior, bem como as situações de desgaste e *stress* que influenciam na própria vida e prestação pessoal de cada um.

Para avaliar a qualidade de vida na velhice Neri (1997, cit. por Carneiro & Falcone, 2004: 119/120) refere quatro indicadores:

- 1- “A competência comportamental, que se refere ao funcionamento pessoal quanto à saúde, à funcionalidade física, à cognição, ao comportamento social e à utilização do tempo pelo idoso;
- 2- A qualidade de vida percebida, que está relacionada ao autojulgamento do idoso sobre a sua funcionalidade física, social e psicológica, bem como sobre sua competência comportamental nessas áreas;
- 3- Condições contextuais, que compreendem as situações relativas à experiência de velhice;

4- O bem-estar psicológico, que está relacionado ao domínio das percepções, das expectativas, dos sentimentos e dos valores”.

A qualidade de vida está também relacionada com as relações sociais, em que o desenvolvimento social de cada indivíduo tem início com o seu nascimento e vai-se desenvolvendo ao longo de toda a vida.

Del Prette e Del Prette (1999, cit. por Carneiro & Falcone, 2004) afirmam que em relação ao comportamento social na terceira idade existe uma diminuição das capacidades sensoriais e redução da prontidão para a resposta, em que outras habilidades podem ser especialmente importantes, tais como as de estabelecer e manter contacto social, além de lidar com os comportamentos sociais decorrentes de preconceitos contra a velhice.

Com o envelhecimento surge uma diminuição da funcionalidade física, sendo por isso importante que o idoso conserve e desenvolva novas relações sociais.

A capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso, a fim de que ele possa conquistar e manter as redes de apoio social e garantir maior qualidade de vida (Carneiro & Falcone, 2004).

Como afirma anteriormente a OMS, a qualidade de vida integra as relações sociais que se estabelecem, e são essas relações que um dia mais tarde se vão transformar nas redes de apoio social que o idoso vai necessitar.

As redes de apoio social são muito importantes segundo Neri (2001, cit. por Carneiro & Falcone, 2004), principalmente se o idoso tiver de se adaptar a perdas físicas e sociais. A manutenção de relações sociais com o cônjuge, com os familiares e principalmente, com amigos da mesma geração, favorece o bem-estar psicológico e social dos idosos; os relacionamentos entre amigos idosos são particularmente benéficos, porque são de livre escolha e assim mais funcionais ao atendimento das necessidades afectivas dos envolvidos; a qualidade percebida é mais importante do que a quantidade de relacionamentos, para as relações sociais e a saúde física e mental; as relações sociais entre as mulheres são qualitativamente superiores às dos homens, porque elas têm mais habilidades interpessoais, são mais calorosas e capazes de estabelecer relações de intimidade.

As redes de apoio social são essenciais e variadas, mas a que tem maior relevância é a familiar. As relações de amizade podem ser saudáveis para o

bem-estar psicológico e social do idoso, porque assim ele sente que tem quem o apoie sem ser a sua família e que pode conversar de assuntos que não se sente à vontade para falar com familiares.

Melzer e Parahyba (2004, cit. por Rabelo & Neri, 2005) consideram que o aparecimento de uma doença que possa dificultar o funcionamento físico, sensorial e cognitivo afecta o desempenho do dia-a-dia do indivíduo e a avaliação subjectiva que este faz da sua vida.

Com o envelhecimento surgem dificuldades que advêm do mesmo, o que compromete o modo como o idoso avalia a sua vida, pois se este não se sentir bem não pode fazer uma avaliação positiva do mesmo.

Numa pesquisa realizada por Paschoal (2004) sobre um instrumento capaz de medir a qualidade de vida em idosos considerou haver uma diferença entre as expectativas do indivíduo e a sua realização. “A boa qualidade de vida envolve o quanto o indivíduo realizou daquilo que considera importante, a distância entre o idealizado e o realizado e a satisfação com que foi possível concretizar até o momento. As dimensões de qualidade de vida consideradas importantes para os idosos pesquisados foram a saúde, a capacidade funcional, a dimensão psicológica, a dimensão social, a económica e a ambiental, hábitos e estilos de vida e a espiritualidade” (cit. por Rabelo & Neri, 2005:404/405).

Pode-se afirmar que um indivíduo tem uma boa qualidade de vida, quando este realizou o que pretendia e o grau de satisfação com que o executou. Os idosos consideram a saúde em primeiro lugar nas dimensões mais importantes de qualidade de vida devido ao facto de os idosos serem associados a alguns tipos de doenças e esta ser essencial para que vivam com qualidade.

De acordo com Fonseca (s.d), o desafio que hoje se coloca à sociedade e aos indivíduos é conseguir uma longevidade cada vez maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor, para que os anos vividos em idade avançada sejam plenos de significado e dignidade. Face a menores capacidades e/ou a problemas de saúde, a adaptação pode resultar dificultada e exigir a optimização do meio físico e social, tendo em vista aumentar a qualidade de vida do sujeito que envelhece. Neste sentido, a institucionalização

deve responder à necessidade de ser restabelecido um equilíbrio mais favorável entre ganhos e perdas (compensação).

Hoje em dia não se quer apenas viver mais anos, mas vivenciá-los com qualidade e dignidade. Caso o idoso não consiga satisfazer todas as suas necessidades sozinho é necessária a intervenção da família ou de uma instituição para o apoiar.

Desta forma, para proporcionar a qualidade de vida nos idosos, Fonseca (s.d) propõe a promoção do envelhecimento activo; estimular as capacidades cognitivas; evitar o isolamento e promover a interacção com os outros; investir nas relações inter-geracionais; manter um estilo de vida saudável e fomentar uma atitude positiva e optimista face à vida.

A qualidade de vida das pessoas idosas depende da articulação de um conjunto complexo de factores que tem como objectivo nuclear o respeito e a promoção da dignidade de cada idoso, considerando a sua individualidade como sujeito de direitos vivendo uma fase da vida muito relevante no percurso da sua realização como pessoa, para que as dimensões física, psíquica, intelectual, espiritual, emocional, cultural e social da vida de cada idoso, possam por ele ser desenvolvidas sem limitações dos seus direitos fundamentais à identidade e à autonomia.

Parte II – Estudo Empírico

5. Metodologia

Uma investigação empírica “é uma investigação em que se fazem observações para se compreender melhor o fenómeno a estudar” (Hill & Hill, 2002:19). Nesta investigação pretende-se obter dados que possibilitem resolver o problema, de forma a se poder contribuir para um melhor conhecimento dos fenómenos estudados.

Quivy e Campenhoudt (2008:15) referem que, numa investigação, o investigador tem que conhecer e se encontrar apto para colocar em prática um método de trabalho, em que este não deve apresentar-se como uma soma de técnicas, mas sim como um percurso global do espírito que exige ser reinventado para cada trabalho.

Na primeira etapa da investigação foi elaborado um estudo exploratório, que tem como principal objectivo “desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias”, tendo como pressuposto a formulação de problemas mais exactos ou hipóteses que sejam pesquisáveis para investigações futuras (Gil, 1991:44). No estudo exploratório foi elaborada uma pesquisa bibliográfica, que segundo o mesmo autor é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos, em que a sua principal vantagem é o facto de permitir uma maior cobertura de fenómenos do que a pesquisa directa.

Na segunda etapa optou-se por um estudo descritivo, em que este tem “como objectivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou, ainda, o estabelecimento de relações entre variáveis”, em que se podem subdividir em várias, como o estudo das características de um grupo, o levantamento de opiniões, atitudes e crenças, descobrir se existe conexão entre as variáveis, entre outras (Gil, 1991:45).

Esta parte consiste no enunciado da problemática, os objectivos do estudo, a caracterização da instituição e do meio em que está inserida, os participantes no estudo, o instrumento de recolha de dados, o seu procedimento e tratamento de dados, a apresentação e análise dos resultados e a identificação das necessidades, vindo estes descritos nos capítulos posteriores.

Na terceira parte, foi elaborado um projecto, com o objectivo de promover a qualidade de vida dos idosos institucionalizados no lar CASCUZ, a descrição das suas actividades e o processo de avaliação.

5.1. Problemática

Segundo Moreira (1994:20) “toda a investigação procura encontrar resposta ou solução para um determinado problema”. O problema pode advir de preocupações por determinado assunto ou por interesse pelo mesmo, em que este tem de ser adequadamente formulado antes de poder ser solucionado.

A problemática do envelhecimento populacional acarreta uma série de alterações na organização da dinâmica pessoal, familiar, social e profissional, influenciando o desenvolvimento da sociedade, motivando uma necessária re-adaptação de toda a sociedade e das políticas relacionadas com o envelhecimento.

A institucionalização dos idosos é um facto relativamente recente, que pode ser de grande fragilidade para o idoso, pois implica uma mudança na sua vida pessoal, o que pode levar a uma ruptura psicológica, social e até física, sendo necessário que estes vivam com mais qualidade

A assistência e o cuidado ao idoso nas instituições do tipo lar são um hábito na realidade do envelhecimento em Portugal. Esta modalidade de protecção completa e, por vezes, substitui a impossibilidade da família de atender às necessidades dos seus idosos, seja pela falta de condições sócio económicas, que não permitem manter o idoso na sua habitação, quer por exigências e incompatibilidades das sociedades actuais no que se refere à organização laboral e familiar, quer pela falta de políticas públicas, que visem apoiar os idosos e os seus familiares.

Consequentemente, o problema de investigação neste estudo relaciona-se com o facto de querer saber como percebem os idosos institucionalizados a sua qualidade de vida.

5.2. Definição dos objectivos de estudo

Devido às diversas dificuldades que os idosos enfrentam com a institucionalização, a avaliação da sua qualidade de vida constitui uma mais-valia, pois através da análise desta podem retirar-se dados importantes que permitam intervir na população idosa.

A pergunta de partida é o primeiro fio condutor da investigação, em que através da mesma “o investigador tenta exprimir o mais exactamente possível o que procura saber, elucidar, compreender melhor” (Quivy & Campenhoudt, 2008:32).

Como questão de investigação pretende-se saber como percebem os idosos institucionalizados a sua qualidade de vida.

O presente estudo teve como objectivo geral avaliar a percepção de qualidade de vida nos idosos institucionalizados do Lar Cascuz.

Como objectivos específicos pretende-se:

- Caracterizar sócio e demograficamente os idosos;
- Analisar a percepção dos idosos sobre:
 - Os seus problemas de saúde;
 - A capacidade funcional ao nível físico e cognitivo;
 - A dimensão psicológica;
 - A dimensão social;
 - O ambiente institucional.
- Promover a qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

5.3.Caracterização do meio

O concelho de Sesimbra pertence ao distrito de Setúbal e possui uma área de 195,6 quilómetros. É limitado a norte pelos municípios de Almada e Seixal, a nordeste pelo Barreiro, a leste por Setúbal e a sul oeste pelo Oceano Atlântico. Tem uma linha de costa muito extensa e com múltiplas paisagens que vão desde a Lagoa de Albufeira até à Serra da Arrábida.

Este concelho subdivide-se em três freguesias: a freguesia do Castelo, a freguesia da Quinta do Conde e a freguesia de Santiago.

Segundo os Censos de 2011³, a população residente no concelho em 2011 era de 49,500 habitantes, em que a freguesia com maior dimensão populacional é a Quinta do Conde, seguindo-se a do Castelo e por último a freguesia de Santiago.

Freguesias	Total	0-14 anos	15-24 anos	25-64 anos	65 ou mais anos
Castelo	100 %	16,5 %	10,1 %	56,4 %	16,9 %
Santiago	100 %	7,9 %	8,6 %	51,3 %	32,2 %
Quinta do Conde	100 %	19,9 %	10,5 %	57,7 %	11,9 %
Total do concelho	100 %	17,4 %	10,2 %	56,6 %	15,8%

Tabela 1 - Distribuição etária por cada freguesia do concelho de Sesimbra.

A freguesia de Santiago é a que tem maior percentagem de idosos (32,2%), em contraste a freguesia da Quinta do Conde que é a que tem menos idosos (11,9%) e por sua vez mais população jovem.

O concelho de Sesimbra tem um total de 15,8 % de população idosa, pouco menos do que a população jovem (17,4%).

³Retirado de: http://www.ine.pt/scripts/flex_definitivos/Main.html

5.4.Caracterização da instituição

O Centro de Apoio Sócio Cultural Unidade Zambujalense⁴, designado por CASCUZ, é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) instituída por escritura pública a 13 de Novembro de 1979, com estatutos publicados no Diário da Republica nº8 de 10 de Janeiro de 1980 e encontra-se localizada no Zambujal de Baixo, Sesimbra.

A sua filosofia de actuação é a de um sistema aberto à comunidade, prevalecendo o carácter associativo abrangente a todo o concelho de Sesimbra e a toda a sua população.

O CASCUZ tem várias valências, como o Lar, Centro de Dia, Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), Jardim de Infância e ATL.

A valência Lar será a valência analisada mais profundamente, uma vez que foi com a colaboração dos utentes do mesmo que foram aplicados os questionários deste trabalho.

O Lar foi um equipamento que já há muito tempo era desejado e planeado, sendo um espaço que foi construído de raiz para lar e centro de dia, tendo entrado em funcionamento em 20 de Novembro de 2002.

O Lar possui a capacidade para 60 utentes (internos), destinando-se a pessoas idosos de ambos os sexos e a casais, com idades superiores a 65 anos. Pessoas com idade inferior só serão admitidas em condições excepcionais e sendo considerado caso a caso. Não deverão sofrer de doença mental ou infecto-contagiosa.

Todos os utentes a admitir deverão ser associados da Instituição e ter as quotas regularizadas e para ser considerada a admissão na Instituição será necessário o preenchimento de uma ficha de inscrição, válida por 1 ano. As admissões serão autorizadas pela Direcção tendo em atenção o parecer técnico da Directora da Valência que deverá proceder ao estudo de cada caso tendo em atenção a informação da Directora Clínica da Instituição.

O Lar tem como objectivos:

- Proporcionar habitação de forma a garantir ao idoso uma vida confortável e um ambiente calmo e humanizado;

⁴ Elaborado a partir do Regulamento Interno da Instituição

- Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática bio psicossocial da Pessoa Idosa;
- Assegurar a satisfação das necessidades básicas;
- Contribuir para um processo normal de envelhecimento de modo a evitar a sua degradação e consequente perda de dignidade como ser humano;
- Criar condições que permitam preservar e incentivar as relações familiares;
- Favorecer as relações entre utentes, funcionários, familiares e a comunidade;
- Criar condições para que o idoso possa explicitar as suas capacidades criadoras, participando activamente na vida do Lar;
- Proporcionar alojamento temporário, como forma de apoio à Família (doença de familiar, fins de semana, férias e outras).

A valência dispõe dos serviços de alojamento, alimentação, lavagem e tratamento de roupas, cuidados de higiene corporal e ambiental, Assistência Médica e de Enfermagem, serviço ocupacional e assistência religiosa.

5.5.Participantes

Numa investigação empírica existe geralmente uma recolha de dados, estes são “a informação na forma de observações, ou medidas, de valores de uma ou mais variáveis” obtidos por um conjunto de indivíduos. Ao conjunto total de indivíduos sobre os quais se pretende retirar conclusões chama-se população ou universo (Hill & Hill, 2002).

Perante a impossibilidade da utilização do total da população o investigador tem a necessidade de considerar uma parte dessa população total, ou seja, a amostra.

Segundo Hill e Hill (2002), os métodos de amostragem agrupam-se essencialmente em duas categorias: a amostragem causal ou probabilística (todos os elementos têm a mesma possibilidade de serem escolhidos) e a amostragem não-causal ou não-probabilística (a escolha dos elementos envolve juízos de valor).

Dentro da amostragem não-casual foi seleccionada a amostragem por conveniência, pois os indivíduos escolhidos encontram-se facilmente disponíveis, e é um método barato, fácil e rápido.

Na investigação em causa foi utilizada uma amostra de 20 idosos de ambos os sexos residentes no Lar CASCUZ, em que os mesmos serão caracterizados posteriormente.

5.6.Instrumentos de recolha de dados

A construção de um instrumento capaz de recolher ou de produzir a informação sobre a realidade em estudo, dependerá do tipo de observação, se é directa ou indirecta (Quivy & Campenhoudt, 2008:163).

Neste caso trata-se de uma observação indirecta, pois é o investigador que se dirige ao indivíduo para obter a informação desejada, em que o indivíduo ao responder às questões está a intervir na produção da informação. Neste tipo de observação podem existir dois tipos de instrumentos, o questionário e a entrevista.

O instrumento utilizado foi o questionário, em que este necessita estar apto para produzir todas as informações adequadas e necessárias para testar as hipóteses ou variáveis, devendo abranger perguntas sobre cada um dos indicadores previamente definidos e estas serem formuladas com a máxima precisão (Quivy & Campenhoudt, 2008).

O questionário trata-se de um método quantitativo, mas também pode ser qualitativo, em que se pretende avaliar a percepção de qualidade de vida nos idosos institucionalizados do Lar Cascuz.

A recolha de dados “consiste em recolher ou reunir concretamente as informações determinadas junto das pessoas ou das unidades de observação incluídas na amostra”, mais precisamente os idosos da instituição (Quivy & Campenhoudt, 2008:183).

Neste caso, trata-se de um questionário de administração indirecta, visto ser o inquiridor quem o completa a partir das respostas que lhe são fornecidas pelo inquirido devido ao facto de os inquiridos terem poucas habilitações académicas e ser mais fácil e rápido.

Tendo como vantagens, a possibilidade de quantificar uma multiplicidade de dados e de proceder, por conseguinte, a numerosas análises de correlação e o facto da exigência de representatividade do conjunto dos entrevistados poder ser satisfatória através deste método (Quivy & Campenhoudt, 2008:189).

O instrumento não foi baseado em um em específico, apenas foram visualizados diversos questionários e como não existia um que se focasse bem no que se pretendia foi elaborado um questionário com alguns dos indicadores de qualidade de vida mencionados no enquadramento teórico.

O questionário apresenta duas perguntas abertas, que requerem uma resposta construída pelo inquirido, e as restantes são fechadas, tendo que escolher uma das respostas alternativas apresentadas.

O questionário (apêndice I) é constituído por 31 questões, enquadradas nas seguintes dimensões:

- Caracterização sócio demográfica – pretende-se identificar a idade, o género, o estado civil e as habilitações académicas dos inquiridos.
- Saúde – o inquirido deve indicar como avalia o seu nível de saúde; se sofre de algum problema de saúde e identificar quais os problemas de saúde que possui.
- Capacidade funcional – que se subdivide em física e cognitiva. Em que se pretende analisar como o inquirido avalia a sua visão e audição; se tem algum tipo de dificuldade em deslocar-se sozinho; analisar o seu nível de dependência; e verificar se tem dificuldade em memorizar acontecimentos e se se esquece de coisas que se propõe a fazer.
- Dimensão psicológica – pretende-se analisar se o inquirido costuma sentir-se triste ou deprimido/a; se se sente uma pessoa útil; se costuma sentir-se sozinho e se está satisfeito/a com a sua vida presente.
- Dimensão Social – nesta dimensão ambiciona-se saber se recebe visitas na instituição e de quem são essas visitas e a frequência com que acontecem; se tem pessoas que o apoiam quando necessita; se tem dificuldade em relacionar-se com os restantes idosos da instituição e os seus funcionários.

- Ambiente institucional - pretende-se saber de quem partiu a ideia da institucionalização e o seu motivo; se o idoso se encontra satisfeito/a com as infra-estruturas e os serviços disponibilizados pela instituição; se a sua privacidade é respeitada pelos funcionários/instituição; se participa em actividades propostas pela instituição, a sua frequência, se está satisfeito com as mesmas e se tem alguma proposta de actividade que gostaria de fazer.

5.7.Procedimentos

Num trabalho de investigação é necessário ter em conta o respeito pelos direitos da pessoa, ou seja, saber agir eticamente perante o outro.

Depois de seleccionado o instrumento de recolha de dados foi solicitada uma autorização à direcção da instituição CASCUZ para a realização da recolha dos dados dos idosos da valência Lar, com vista a avaliar a percepção de qualidade de vida nos idosos institucionalizados no mesmo.

Aos idosos do Lar foi-lhes explicado que a sua participação neste estudo era de carácter voluntário e que as informações recolhidas eram de carácter confidencial e que apenas seriam aplicadas neste estudo.

Previamente à aplicação do instrumento a todos os participantes no estudo foi aplicado um pré-teste do instrumento a 3 elementos da instituição, sendo que esses elementos posteriormente não participaram no estudo.

A recolha dos dados foi efectuada individualmente e com o auxílio do investigador para facilitar a tarefa.

5.8.Tratamento dos dados

Neste capítulo enumeram-se as principais operações que o investigador utilizou para confrontar os seus dados, no sentido de atingir os objectivos do estudo, ou seja, avaliar a percepção de qualidade de vida nos idosos institucionalizados do Lar Cascuz.

O tratamento dos dados foi executado através de um programa de análise estatística, o Statistical Program for Social Sciences (SPSS) versão 19 e posteriormente os gráficos foram elaborados no Microsoft Excel 2010.

Os dados no SPSS foram obtidos através da análise descritiva das frequências absolutas e relativas.

A análise estatística dos dados de um inquérito por questionário são úteis no âmbito do tratamento quantitativo, permitindo assim, comparar as respostas globais de diferentes indivíduos (Quivy & Campenhoudt, 2008).

6. Apresentação e análise dos resultados

Nesta parte do trabalho pretende-se apresentar os dados obtidos através da aplicação do instrumento de recolha de dados, bem como os resultados da análise estatística.

Caracterização Sócio Demográfica

Neste parâmetro pretende-se identificar a idade, o género, o estado civil e as habilitações académicas dos inquiridos.

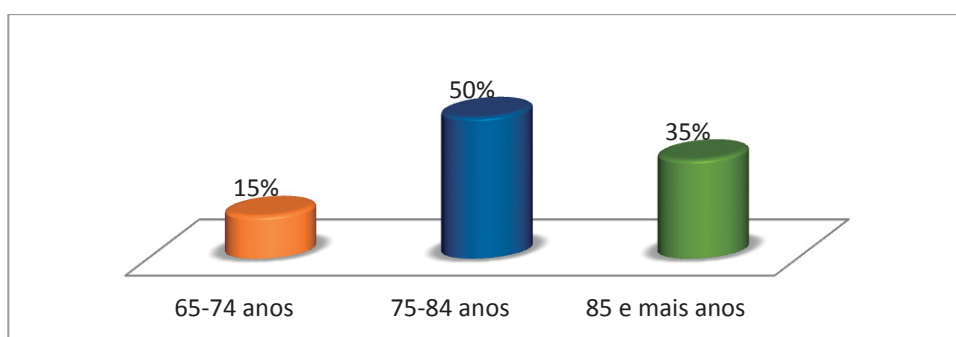


Gráfico 1. Grupos etários

A maior percentagem (50%) de pessoas idosas situa-se no grupo etário dos 75-84 anos, seguindo-se o grupo dos 85 e mais anos com 35% e os restantes 15% pertencem ao grupo etário dos 65-74 anos.

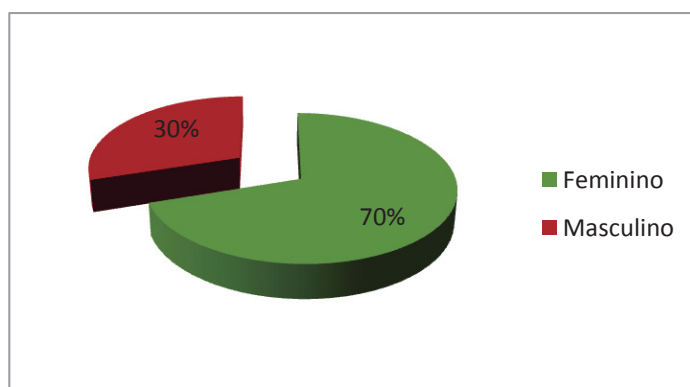


Gráfico 2. Género

A amostra é constituída por 20 elementos, em que 70% são do género feminino e 30% do masculino.

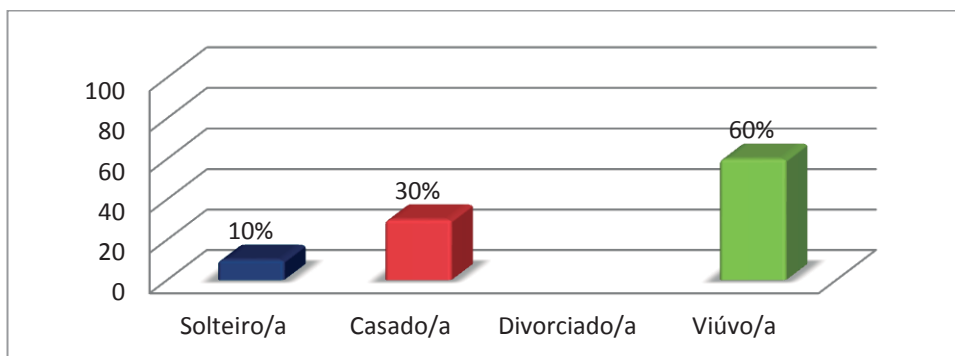


Gráfico 3. Estado civil

Analisando o estado civil dos idosos, estes são na sua maioria viúvos (60%), 30% são casados e 10% são solteiros, não havendo ninguém divorciado.

Um dos motivos apontados para a institucionalização foi o caso de alguns idosos se sentirem sozinhos depois da morte do conjugue.

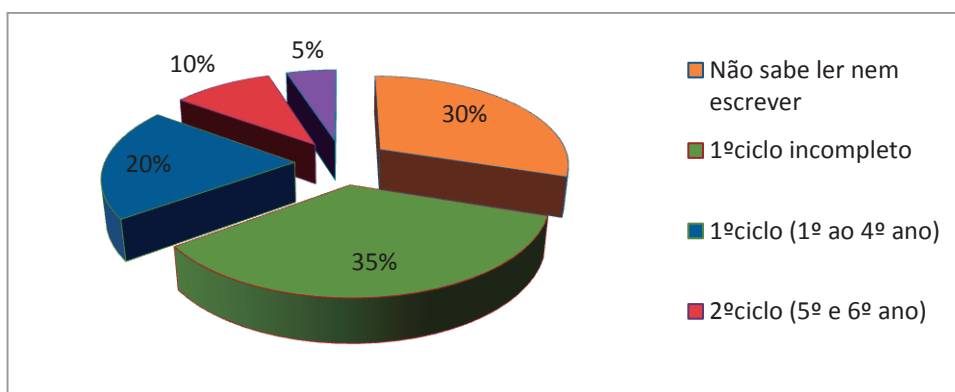


Gráfico 4. Habilitações académicas

Em relação às habilitações académicas 35% têm o 1ºciclo incompleto, 30% não sabe ler nem escrever, 20% tem o 1º ciclo completo, 10% apresentam o 2ºciclo e apenas 5% frequentaram o Ensino Superior. Nenhum dos inquiridos indicou a opção do 3ºciclo e do Ensino Secundário.

A situação de os idosos terem poucas habilitações académicas deve-se ao facto de residirem numa zona que se vivia principalmente da pesca e da agricultura, e em que as crianças começavam muito novas a ajudar nas tarefas, os meios económicos também não eram muitos, e tinham que fazer vários quilómetros a pé para chegar à escola mais próxima.

Caracterização da Saúde

Com as questões 5, 6 e 6.1 pretendeu-se avaliar o nível de saúde do inquirido numa escala que vai de “Muito boa” a “Fraca”; perceber se sofria de algum problema de saúde e identificar quais os seus problemas de saúde.

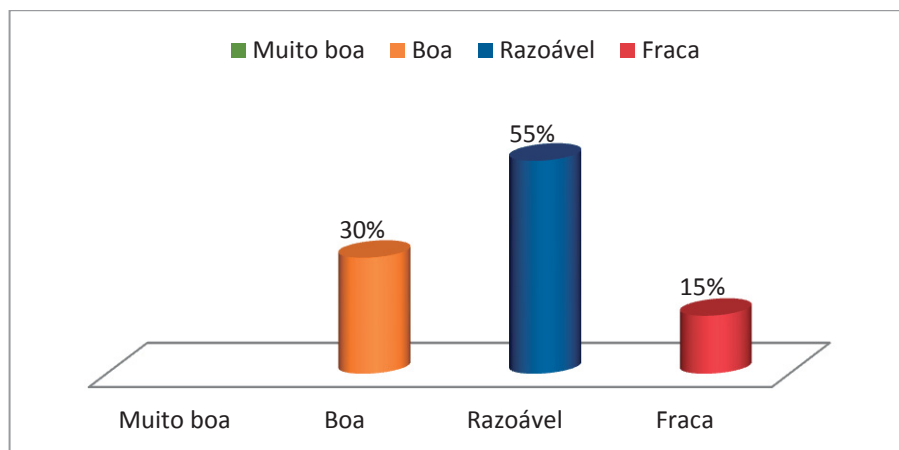


Gráfico 5. Avaliação do nível de saúde

Na avaliação do nível de saúde, 55% afirmaram que têm uma saúde razoável, 30% uma saúde boa e 15% uma saúde fraca, sendo que nenhum inquirido referiu ter uma saúde muito boa.

A preocupação com a saúde e o bem-estar geral são valores dominantes na nossa sociedade e remetem para conceitos como a qualidade de vida, sociabilidade, longevidade (Soares, 2002).

Uma das grandes preocupações do idoso tem a ver com a sua saúde, pois esta é essencial para que se viva com qualidade.

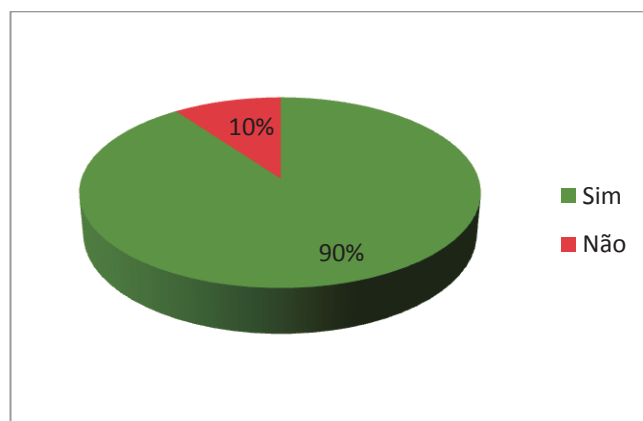


Gráfico 6. Problemas de saúde

A grande maioria dos inquiridos (90%) diz sofrer de algum problema de saúde, sendo que apenas 10% não refere nenhum problema de saúde.

A saúde tem uma relação positiva com o bem-estar do indivíduo, em que a doença “representa uma ferida na personalidade total do ser humano, tornando vulnerável a integridade das suas capacidades e da sua autonomia” (Soares, 2002).

A doença pode afectar o equilíbrio e impedir o desempenho de tarefas habituais, sendo necessário que se tenha um estilo de vida saudável para diminuir o risco do aparecimento de certas doenças.

Com a questão 6.1 foram identificados diversos problemas de saúde nos inquiridos, como o caso de dificuldades no sistema respiratório (asma, complicações respiratórias), doenças cardiovasculares, no sistema digestivo, doenças oculares (cataratas), osteoporose, hipertensão arterial e diabetes.

Caracterização da Capacidade funcional (física e cognitiva)

Com as questões de 7 a 10 procurou-se avaliar a capacidade funcional física, recolhendo informações acerca do domínio da visão, audição, da dificuldade em deslocar-se sozinho e do seu nível de dependência. Nas questões 11 e 12 avalia-se a capacidade cognitiva do inquirido.

Para que se tenha um envelhecimento bem-sucedido é necessário que se tenha saúde física e mental, em que a diminuição ou ausência da funcionalidade se relacionam com as perdas relacionadas com o envelhecimento, influenciando as capacidades adaptativas (Cardão, 2009).

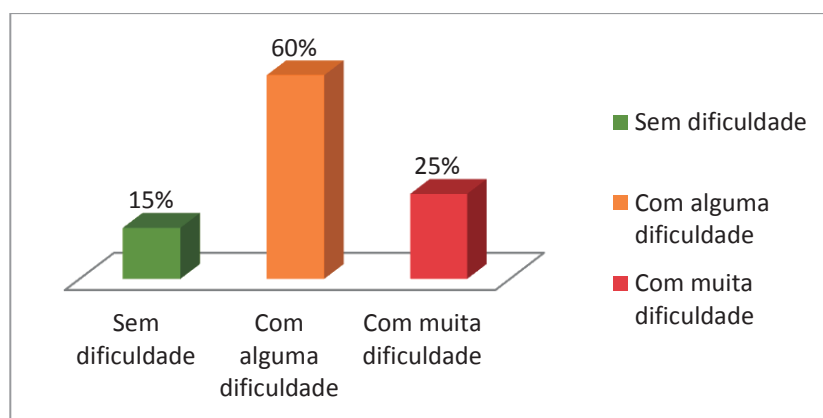


Gráfico 7. Avaliação da visão

Como é visível pelos dados apresentados no gráfico anterior, a maior parte dos idosos tem alguma dificuldade de visão (60%), com muita dificuldade encontram-se 25% e sem qualquer tipo de dificuldade de visão apenas 15% dos idosos inquiridos.

A visão é uma das alterações onde é necessário ter atenção, podendo surgir doenças no sistema ocular, em que um dos indícios de que algo se passa é o facto de o indivíduo se inclinar para frente ou de aproximar o objecto para ver melhor.

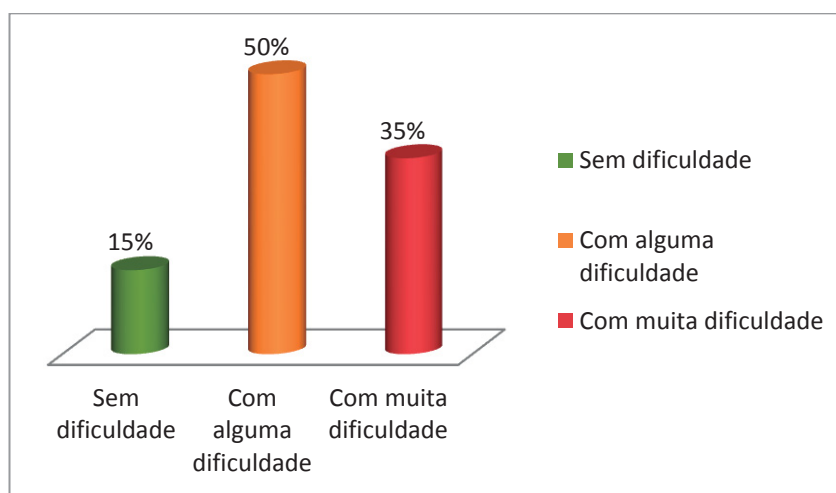


Gráfico 8. Avaliação da audição

Metade dos inquiridos (50%) afirma que tem alguma dificuldade na audição, com muita dificuldade 35% dos idosos e sem qualquer dificuldade de audição 15% dos inquiridos.

Com o envelhecimento surgem as dificuldades de audição, como por exemplo: o não captar certas partes da informação, o colocar a mão por detrás da orelha, o inclinar para a frente, entre outros (Norbeck, 1981).

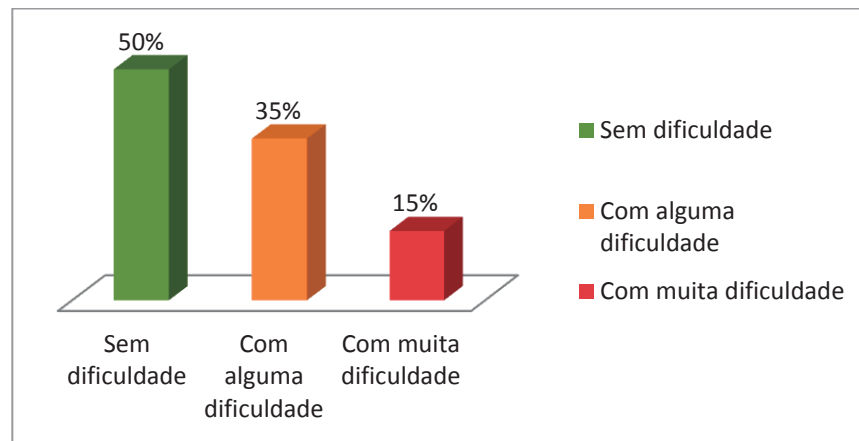


Gráfico 9. Grau de dificuldade em deslocar-se sozinho

Verifica-se no gráfico 9 que 50% dos idosos não têm dificuldade em deslocarem-se sozinhos, 35% apresentam alguma dificuldade e 15% tem muita dificuldade.

Esta dificuldade em deslocar-se pode dever-se à perda de flexibilidade e de mobilidade das articulações, em que esta pode ser melhorada com a prática de exercício físico recomendado para os idosos.

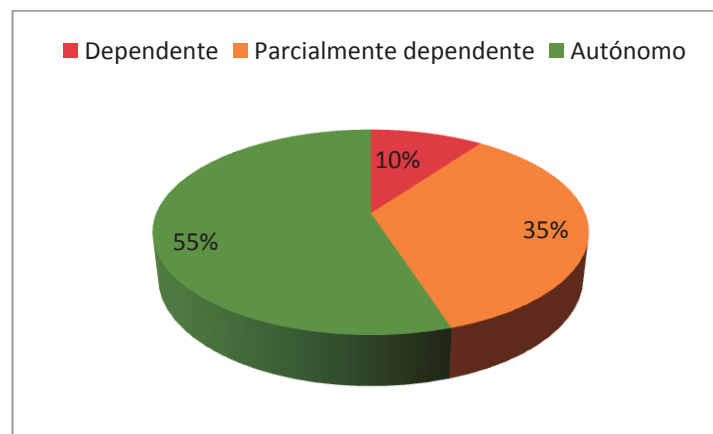


Gráfico 10. Nível de dependência

Conforme se verifica pelo gráfico anterior, 55% dos idosos são autónomos, 35% são parcialmente dependentes e com apenas 10% do total de inquiridos encontram-se os idosos dependentes.

A capacidade funcional é apontada pela OMS como “aquela que avalia melhor a saúde do idoso”, em que se pretende que o indivíduo realize as actividades quotidianas de forma independente (Cardão,2009:34).

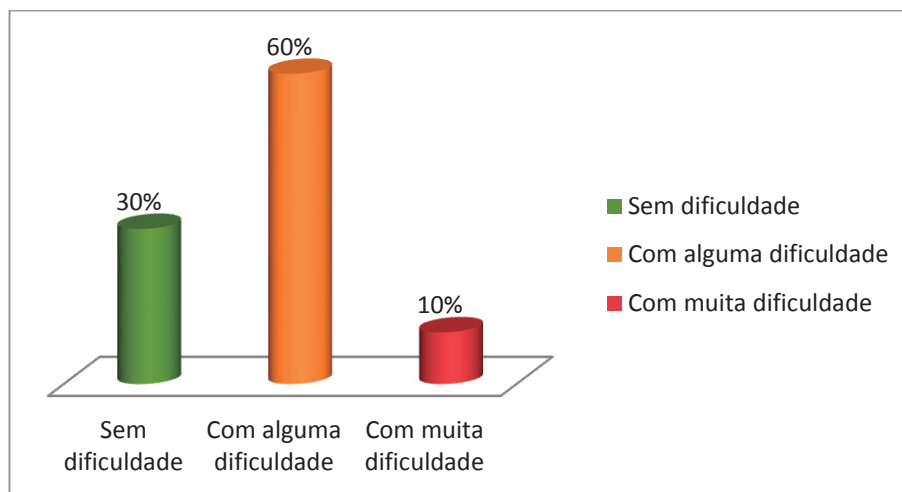


Gráfico 11. Memorização de acontecimentos

Em relação à dificuldade em memorizar acontecimentos mais do que metade dos idosos (60%) afirmam que têm alguma dificuldade em memorizar, 30% diz que não tem dificuldade e apenas 10% admite que tem muita dificuldade em memorizar acontecimentos.

A aptidão para memorizar parece diminuir com a idade, no entanto, é um declínio demorado. Verifica-se, ainda que, a velocidade de reacção diminui com a idade, afectando também os movimentos e o raciocínio (Norbeck, 1981).

Já a capacidade de aprendizagem e a inteligência podem-se manter inalteradas até idades mais avançadas, podendo apenas variar por diversos motivos, como por doença (Norbeck, 1981).

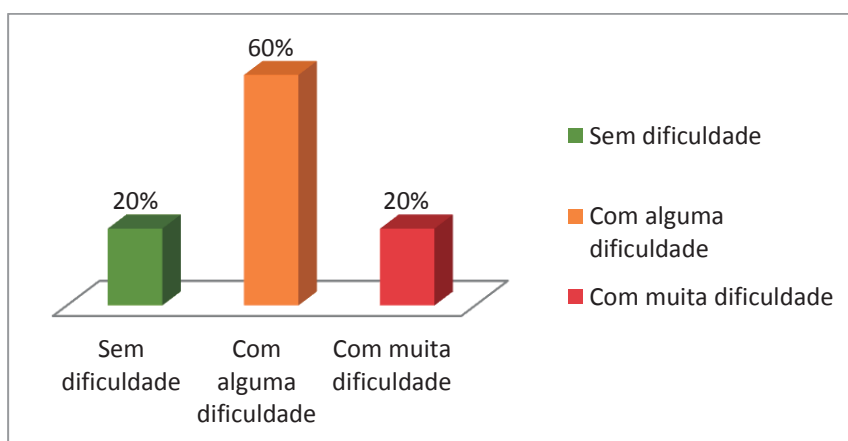


Gráfico 12. Esquecimento das coisas que tem que fazer

O gráfico anterior revela que 60% dos idosos inquiridos afirmam ter alguma dificuldade em lembrar-se de coisas que anteriormente se propuseram fazer, e 20% dizem que não têm dificuldade ou que têm muita dificuldade em lembrar-se das coisas que pretendiam realizar.

A capacidade de memorizar pode ser praticada para que o idoso não se esqueça tão facilmente dos acontecimentos.

Caracterização da dimensão Psicológica

Neste parâmetro com as questões 13 a 16 era objectivo avaliar a dimensão Psicológica dos idosos inquiridos, através de uma escala de quatro critérios que vai de “sempre” a “nunca”.

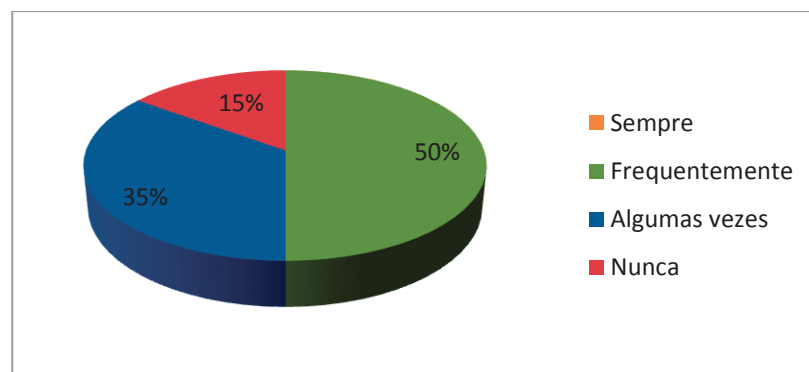


Gráfico 13. Sentimento de tristeza ou deprimido

Em relação ao idoso inquirido sentir-se triste ou deprimido, 50% afirmou que se sente frequentemente, 35% algumas vezes e 15% nunca se sentiu triste ou deprimido. Nenhum dos inquiridos disse sentir-se sempre triste ou deprimido.

Os idosos são mais propícios a problemas emocionais, “porque os seus recursos físicos e afectivos são muitas vezes afectados pelas numerosas crises que afrontam” (Berger & Mailloux, cit. por Cardão, 2009).

Em diversos estudos realizados concluiu-se que os estados depressivos são maiores em idosos institucionalizados do que nos que vivem no seu domicílio (Cardão, 2009).

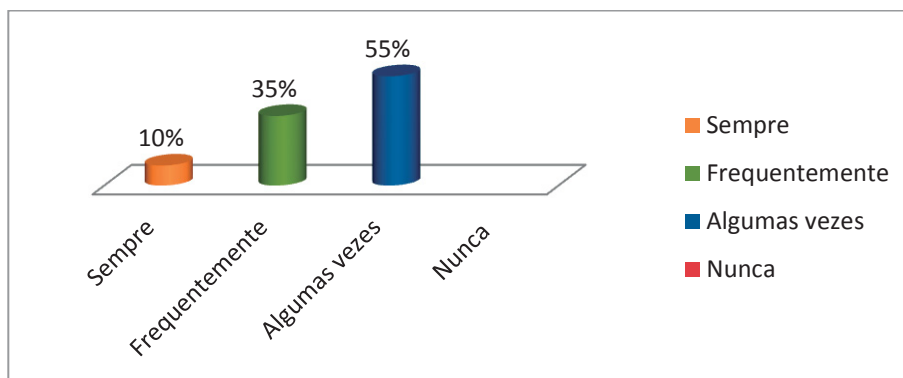


Gráfico 14. Sentimento de pessoa útil

Como o gráfico anterior mostra, 55% dos idosos disse sentir-se uma pessoa útil algumas vezes, 35% frequentemente e 10% sempre se sentiu uma pessoa útil. Nenhum dos inquiridos disse nunca sentir-se uma pessoa útil.

Ao se encontrar institucionalizado o indivíduo pode sentir que não é uma pessoa muito útil, pois as tarefas que anteriormente fazia sozinho agora são feitas com o auxílio de outras pessoas, como por exemplo tratar da sua alimentação ou higiene pessoal.

Através de actividades de animação com os idosos é possível contribuir para que “eles se sintam mais úteis e pessoas de pleno direito” (Jacob, 2007:32).

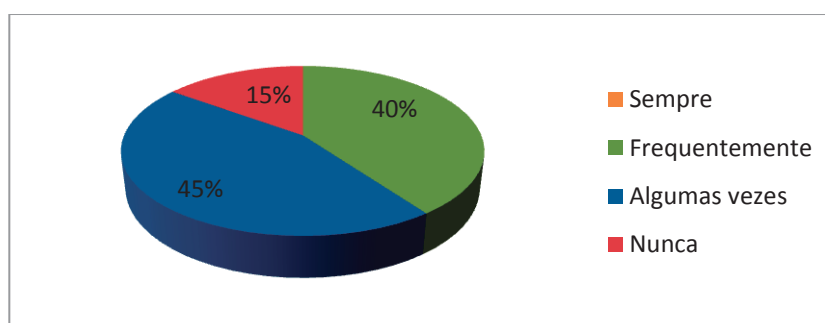


Gráfico 15. Sente-se sozinho/a

É visível pelo gráfico anterior que 45% dos inquiridos disse sentir-se algumas vezes sozinho/a, 40% frequentemente e 15% nunca se sentiu sozinho/a. Nenhum dos inquiridos disse sentir-se sempre sozinho/a.

O idoso ao se encontrar num espaço em que não conhece ninguém ou poucas pessoas tende a retrair-se e a isolar-se socialmente.

O isolamento ao estar institucionalizado é considerado algo paradoxal, visto ser um meio colectivo em que há falta de privacidade. Mas o isolamento social do idoso é algo que é realizado para dentro de si próprio, mesmo que se encontre rodeado de outras pessoas (Cardão, 2009).

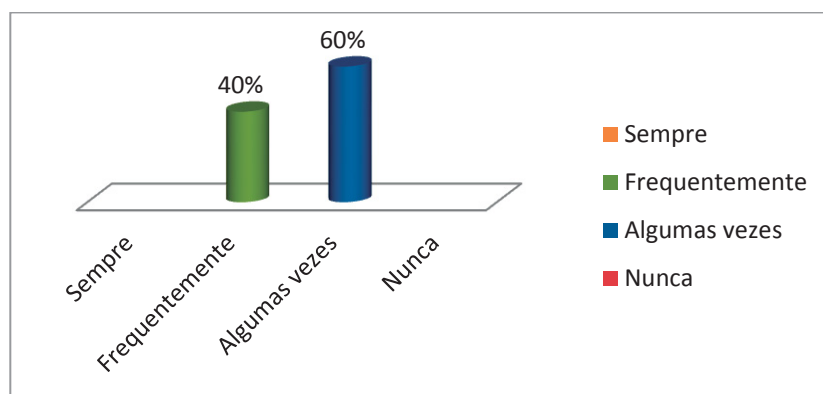


Gráfico 16. Satisfação com a sua vida presente

Analisando a satisfação com a sua vida presente, 60% dos idosos afirmou sentir-se satisfeito algumas vezes e 40% frequentemente. Nenhum dos idosos afirmou sentir-se sempre ou nunca satisfeito com a sua vida presente.

O contexto onde o indivíduo se encontra, neste caso o lar pode favorecer ou diminuir o interesse pela vida, o estabelecimento de relações e promover o isolamento (Guedes, 2012).

Caracterização da dimensão Social

Com as questões 17 a 22 abordou-se a dimensão Social dos idosos inquiridos, recolhendo informações acerca das visitas que o idoso recebe e a sua frequência, se recebe apoio quando necessita e da dificuldade em relacionar-se com os restantes idosos e funcionários da instituição.

Em relação à questão 17, se o idoso tem por hábito receber visitas, todos afirmaram que recebem visitas.

A qualidade de vida integra as relações sociais que se estabelecem ao longo da vida, com a institucionalização essas relações passam a ser mais reduzidas, em que muitos idosos recebem apenas a visita esporádica de familiares.

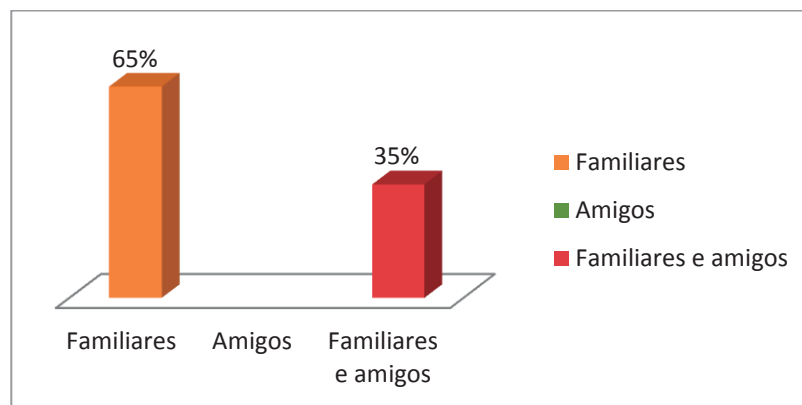


Gráfico 17. Tipo de visitantes recebidos

Verifica-se pelo gráfico anterior que 65% das visitas que o idoso recebe são de familiares e 35% de familiares e amigos. Nenhum dos idosos afirmou receber apenas visita de amigos.

A existência de ligações afectivas próximas favorece o processo de envelhecimento bem-sucedido e com qualidade. Mesmo por vezes distante, a família continua a pertencer à rede de apoio do idoso através das suas visitas.

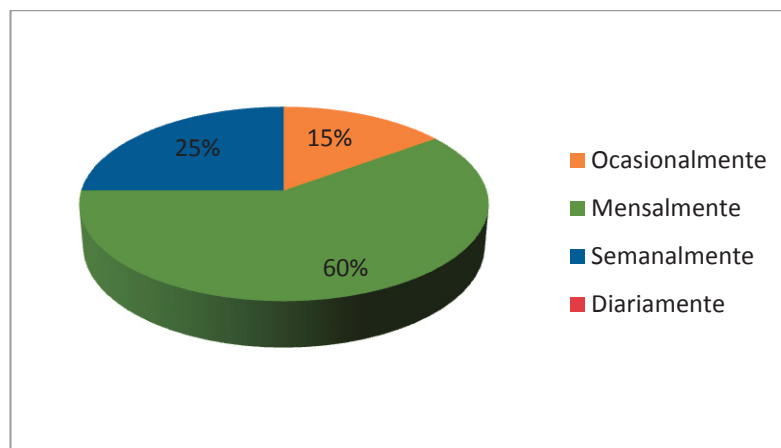


Gráfico 18. Frequência das visitas

Analisando a frequência com que o idoso recebe visitas, 60% disse que recebe mensalmente, 25% semanalmente e 15% ocasionalmente. Nenhum dos idosos disse receber visitas diariamente.

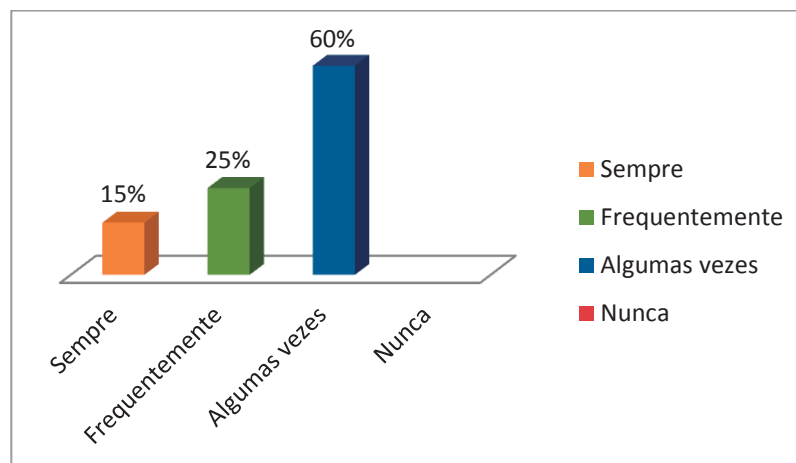


Gráfico 19. Apoio que recebe quando necessita

No gráfico anterior, evidencia-se que 60% dos idosos tem algumas vezes pessoas que o apoiam quando necessita, 25% tem frequentemente e 15% tem sempre pessoas que o apoiam. Nenhum dos idosos afirmou nunca ter ninguém que o apoie quando necessita.

O idoso pode necessitar de diversos tipos de apoio, e este pode ser concedido por familiares, amigos ou mesmos, outros utentes do lar ou os funcionários.

Existem diversos tipos de apoio e várias perspectivas de diferentes autores, em que segundo Wills (1985, cit. por Cruz, 2001) existem o apoio à estima, que contribui para aumentar a auto-estima; apoio informativo, com pessoas que estão disponíveis para oferecer conselhos; acompanhamento social, com o apoio conseguido através de actividades sociais e o apoio instrumental, que diz respeito à ajuda a nível físico (Martins, 2005).

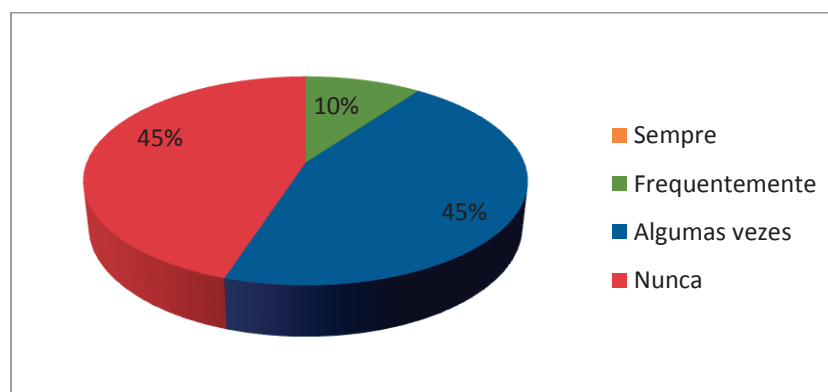


Gráfico 20. A dificuldade em relacionar-se com os outros idosos

Em relação à dificuldade em relacionar-se com os restantes idosos do lar, 45% disse que algumas vezes sentiu dificuldade, e também 45% nunca sentiu dificuldades, mas 10% sente frequentemente dificuldade em relacionar-se com os outros idosos. Nenhum dos idosos disse que sempre sentiu dificuldade em relacionar-se com os restantes idosos do lar.

Na instituição, os idosos nem sempre estabelecem relações de proximidade com os outros residentes, quer “porque provêm de meios culturais diferentes, ou porque os níveis de consciência e de funcionalidade são também diferentes “ (Cardão, 2009:43).

Os conflitos existentes entre os idosos e os outros utentes ou com os funcionários surgem devido à falta de acontecimentos de vida na instituição, em que os dias são todos iguais marcados pelas rotinas diárias, ou devido à incompatibilidade pelo cansaço de estar sempre com as mesmas pessoas (Jacob, 2007).

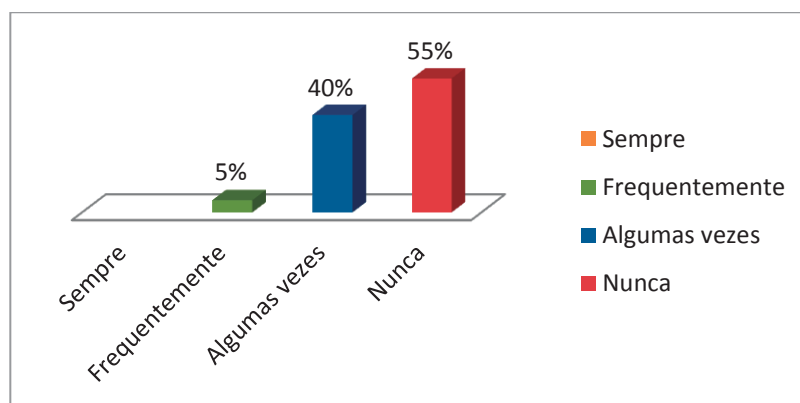


Gráfico 21. A dificuldade em relacionar-se com os funcionários do lar

Observando o gráfico anterior verifica-se que 55% dos idosos afirmam nunca ter sentido dificuldade em relacionar-se com os funcionários do lar, 40% algumas vezes e 5% sentiu frequentemente dificuldades em relacionar-se com os funcionários. Nenhum dos idosos afirmou sempre sentir dificuldade em relacionar-se com os funcionários do lar.

Por vezes a relação com os funcionários pode tornar-se difícil devido a estes não compreenderem bem o que o idoso quer ou por estarem tão mecanizados no seu trabalho que não se preocupam sequer com a opinião do idoso.

Para que se mantenha uma boa relação com os funcionários é necessário “que a sua admissão tenha em consideração o seu gosto e aptidão para trabalhar numa instituição de idosos” e “deve ser-lhes ministrada formação específica” (Jacob, 2007:42).

Caracterização do ambiente institucional

Esta dimensão com as questões 23 a 31 visou caracterizar o ambiente institucional dos idosos inquiridos, recolhendo informações acerca de quem partiu a ideia da institucionalização e o seu motivo; se estava satisfeito/a com as infra-estruturas e os serviços disponibilizados pela instituição; se a privacidade era respeitada pelos funcionários/instituição; a participação nas actividades propostas, a sua frequência e se estava satisfeito com as mesmas, bem como as propostas de actividades que gostaria de fazer.

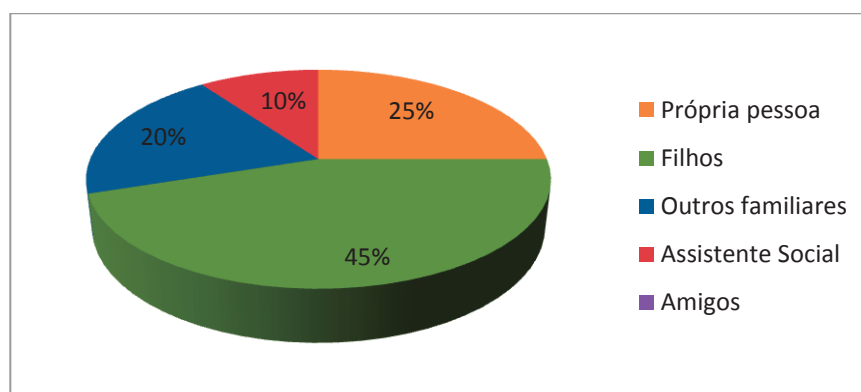


Gráfico 22. De quem partiu a ideia da institucionalização

Tal como mostra o gráfico anterior, 45% dos idosos foram institucionalizados pelos filhos, 25% decidiram eles próprios pela institucionalização, 20% foi por outros familiares e apenas 10% disse ter sido institucionalizado por opção do Assistente Social. Nenhum dos inquiridos disse ter sido institucionalizado por amigos.

A institucionalização quer por vontade próprio ou por sugestão de familiares ou outros, “pode ser vista como um ganho, pelo recurso à oferta paga de acompanhamento e de cuidados, principalmente se a doença lhe impõe, ou vier a impor, limites sérios à sua funcionalidade” (Cardão,2009:40).

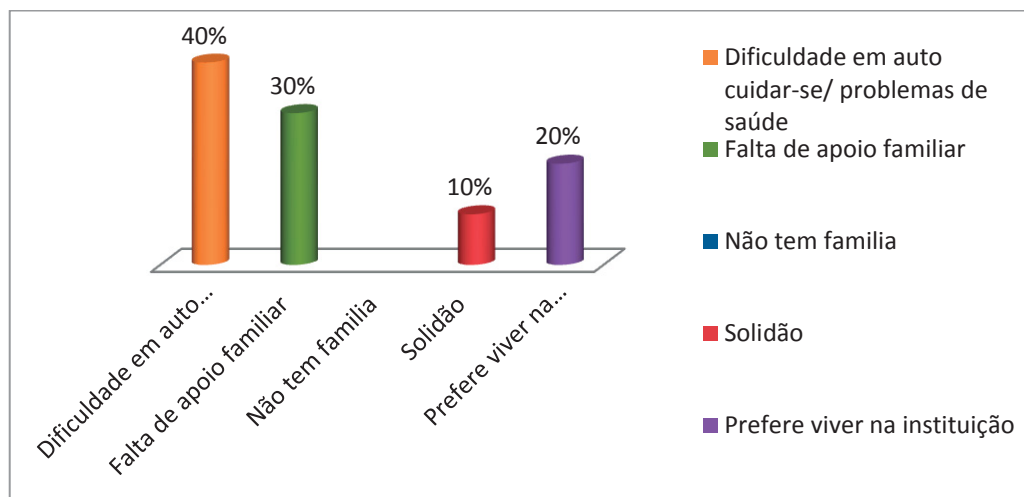


Gráfico 23. Motivo da institucionalização

Em relação ao motivo para a institucionalização, 40% afirma que foi devido à dificuldade em auto cuidar-se/problemas de saúde, 30% foi pela falta de apoio familiar, 20% preferiu viver na instituição e 10% devido à solidão. Nenhum dos idosos disse estar institucionalizado devido a não ter família.

A institucionalização é uma “realidade situacional e ambiental para algumas pessoas que, por motivos de vária ordem, não encontraram dentro da comunidade uma resposta satisfatória às suas necessidades existenciais”, ou porque a família não tem tempo ou capacidade para prestar esse cuidado (Cardão, 2009:39).

Analisando a questão 25, todos os idosos se encontram satisfeitos com as infra-estruturas da instituição, pois trata-se de uma instituição recente e com casa de banho privativa, o que contribui para a preservação da privacidade do utente.

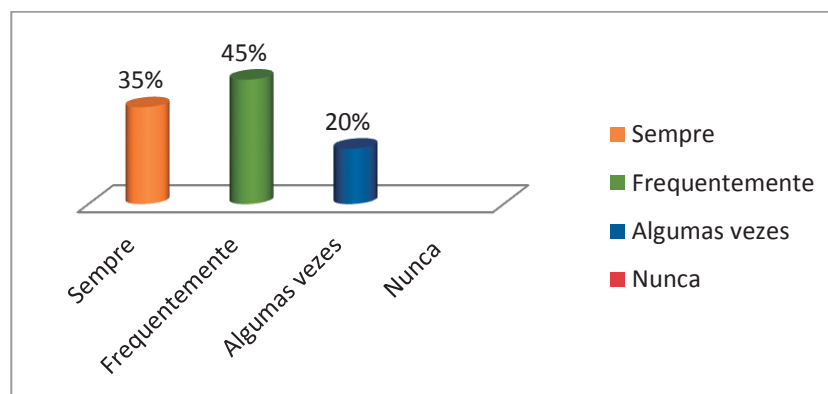


Gráfico 24. Satisfação com os serviços disponibilizados

O gráfico anterior mostra que 45% dos idosos estão frequentemente satisfeitos com os serviços disponibilizados pela instituição, 35% sempre e 20% encontram-se algumas vezes satisfeitos com esses serviços. Nenhum dos inquiridos disse nunca estar satisfeito com os serviços disponibilizados pela instituição.

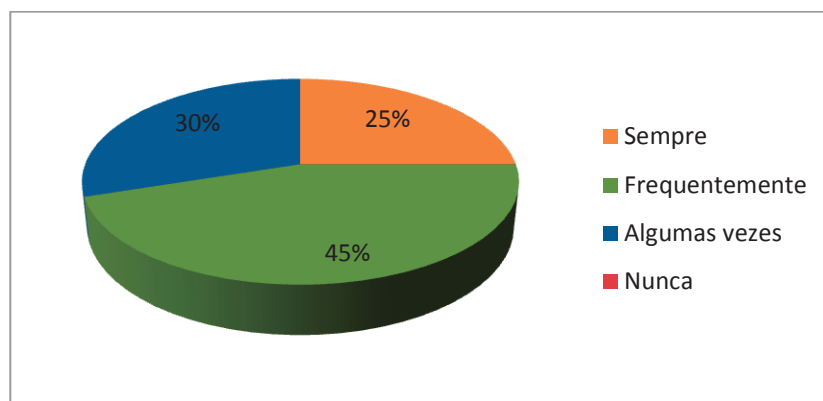


Gráfico 25. Respeito dos funcionários/ instituição pela privacidade dos idosos

Em relação ao respeito dos funcionários/instituição pela privacidade dos idosos, 45% disse que essa privacidade é respeitada frequentemente, 30% algumas vezes e 25% disse que sempre respeitaram a sua privacidade. Nenhum dos inquiridos disse que nunca a sua privacidade foi respeitada.

Como demonstra Guedes (2012:39), nas instituições por vezes existe uma falta da privacidade, em que “são exemplos disso o convívio com estranhos em situações íntimas e a dificuldade em demarcar simbolicamente o seu próprio território dentro de um espaço comum”.

A privacidade de cada utente institucionalizado deve ser respeitado, assim como os seus direitos enquanto ser humano. Os funcionários que trabalham em instituições para idosos devem ainda ter formação específica como foi referido anteriormente.

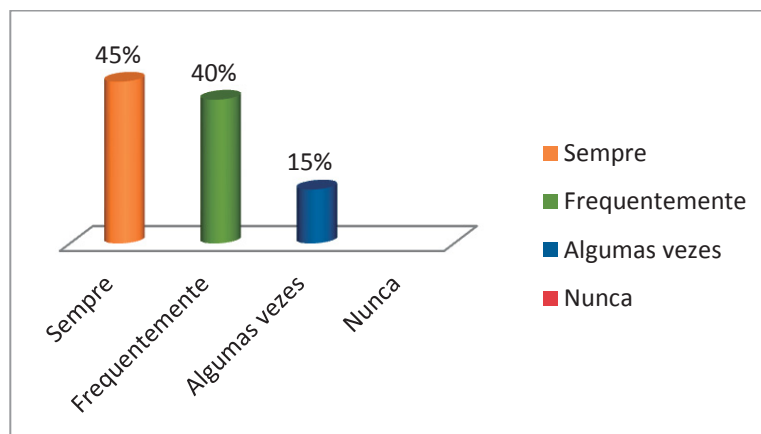


Gráfico 26. Participação nas actividades propostas pela instituição

Como o gráfico anterior revela, 45% dos idosos participa sempre nas actividades propostas pela instituição, 40% frequentemente e 15% algumas vezes. Nenhum dos inquiridos disse nunca ter participado nas actividades propostas pela instituição.

A animação é hoje em dia uma das prioridades das instituições para idosos, em que estas “tomaram consciência da sua importância enquanto elemento determinante da qualidade de vida e que se integra no projecto de vida de uma instituição, preservando a autonomia dos residentes” (Jacob, 2007:22).

Os objectivos da animação das pessoas idosas dentro de uma instituição são o dinamismo da estrutura de acolhimento, a qualidade de vida e o bem-estar dos residentes e do pessoal (Jacob, 2007).

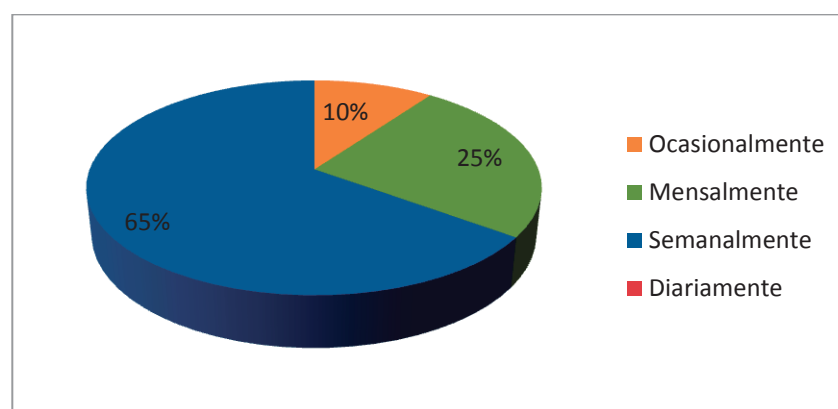


Gráfico 27. Frequência da participação nas actividades

Analisando a frequência com que os idosos participam nas actividades da instituição, 65% participa semanalmente, 25% mensalmente e 10% ocasionalmente. Nenhum dos inquiridos disse participar diariamente nas actividades.

O idoso ao participar nas actividades da instituição está “a facilitar o acesso a uma vida mais activa e mais criativa, à melhoria nas relações e comunicação com os outros, para uma melhor participação na vida da comunidade de que faz parte, desenvolvendo a personalidade e a sua autonomia” (Jacob, 2007:31).

Ao dinamizador das actividades para o idoso cabe apresentar propostas e sugestões que despertem a curiosidade ou a vontade de as fazer, mas sem exercer qualquer tipo de obrigação.

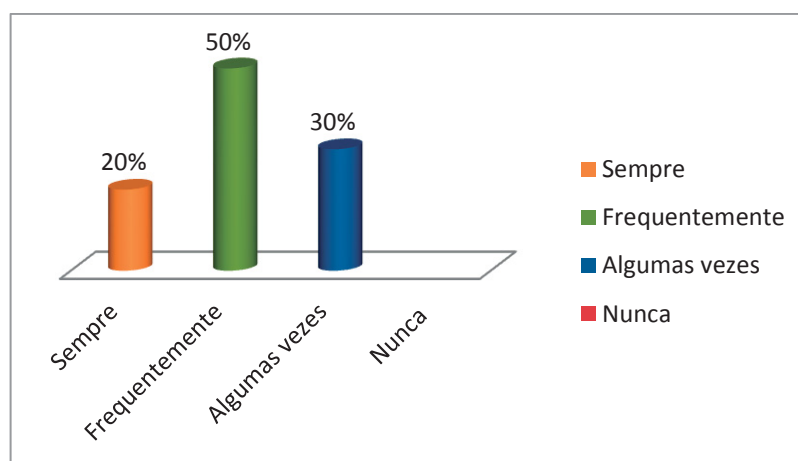


Gráfico 28. Satisfação nas actividades em que participa

Em relação à satisfação nas actividades em que participa, 50% dos idosos está frequentemente satisfeito com essas actividades, 30% algumas vezes e 20% encontra-se sempre satisfeito nas actividades em que participa. Nenhum dos inquiridos disse nunca estar satisfeito com as actividades em que participa na instituição.

Para que os idosos se encontrem plenamente satisfeitos com as actividades é necessário que sejam criadas actividades de que os idosos gostem e tenham prazer ao realizá-las, o que pode passar por vários tipos de actividades para pequenos grupos e em que todos as realizam ao mesmo tempo.

Ao idoso deve ser concedido o direito à escolha, o direito à privacidade e o direito à integração e à participação activa nos pormenores da sua vida (Jacob, 2007).

Deve-se dar a oportunidade aos idosos para que possam propor outras actividades que sejam do seu agrado e também permitir que eles participem nas actividades diárias da instituição, desde que a estes lhe agrade.

Na questão 31 alguns dos inquiridos (4 utentes) não tinham nenhuma proposta de actividade que gostariam de fazer, afirmando que estavam satisfeitos com as que praticavam ou que não tinham nenhuma. Por sua vez, os restantes idosos (16) revelaram que gostariam de ter mais actividades para ocupar os seus tempos livres, através de actividades como mais trabalhos manuais, passeios e saídas ao exterior, bailes, culinária e caminhadas. Muitos dos idosos afirmam que apenas se querem sentir úteis e activos e não passar os dias sem fazer nada.

É importante o idoso manter-se ocupado, permanecer activo, desempenhar vários papéis, ter actividades e contactos sociais diversificados, contribuindo assim para a melhoria da sua qualidade de vida.

6.1. Identificação de necessidades

Ao realizarmos um diagnóstico das necessidades, é necessário conhecermos a realidade na qual estamos inseridos e vamos actuar. De acordo com Guerra (2007:129), “o diagnóstico, é o conhecimento científico dos fenómenos sociais e a capacidade de definir intervenções que atinjam as causas dos fenómenos e não as suas manifestações aparentes”.

Através do diagnóstico das necessidades, podemos ter um conhecimento alargado da realidade, detectar as necessidades e lacunas aí existentes e identificar o problema. Desta forma, através do diagnóstico das necessidades, recorre-se à recolha de informação, que nos ajudará na realização do projecto, permitindo que este se desenvolva de forma mais precisa, permitindo superar as dificuldades/necessidades anteriormente detectadas.

Segundo Guerra (2007:131), “um bom diagnóstico é garante da adequabilidade das respostas às necessidades locais e é fundamental para garantir a eficácia de qualquer projecto de intervenção.”

A qualidade de vida está relacionada com diversos factores como a saúde, a capacidade funcional (física e cognitiva), o estado psicológico, as relações sociais e o ambiente envolvente, neste caso a instituição.

Com a análise destas dimensões através dos questionários, foi possível chegar à conclusão que com a melhoria ou satisfação das lacunas destas dimensões, o idoso poderá viver com mais qualidade. Essa qualidade de vida será atingida através de actividades que motivem e que dêem prazer ao idoso ao realizá-las.

Esta carência pode advir do facto do Técnico de Animação Sociocultural apenas se encontrar na instituição em regime de *part-time* e não durante todo o expediente como seria necessário. O facto de as actividades realizadas pela instituição serem muito monótonas e os idosos cansarem-se facilmente de fazerem sempre as mesmas coisas semana após semana. As visitas ao exterior são esporádicas e os idosos sentem a necessidade de afastar-se um pouco da instituição e de conviver com outras pessoas fora daquele meio.

Estes idosos têm a necessidade de ter mais actividades que contribuam para a sua qualidade de vida, em que esta tarefa seria facilitada se o Técnico de Animação Sociocultural fosse contratado a tempo inteiro e que pudesse ter

mais autonomia em relação às escolhas de actividades de acordo com os desejos dos idosos e do orçamento e tempo disponibilizado para estas.

Desta forma é necessária a construção de um projecto que promova a qualidade de vida destes idosos institucionalizados e que vá de encontro aos seus interesses e necessidades.

7. Projecto de intervenção

De acordo com Ander-Egg e Idáñez (1999), o projecto consiste na ordenação de um conjunto de actividades que se encontram articuladas e inter-relacionadas entre si, “combinando recursos humanos, materiais, financeiros e técnicos, que se realizam com o propósito de conseguir um determinado objectivo ou resultado” para a resolução de uma situação problema. (Ander-Egg & Idáñez: 1999:18)

O objectivo de qualquer projecto é a obtenção dos resultados, de acordo com os objectivos previstos anteriormente, em que este é realizado com base num determinado orçamento e um tempo.

É necessário definir os objectivos que pretendemos atingir, desta forma, os objectivos gerais são o “propósito central do projecto”, ou seja:

- Promover a qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Enquanto, que os objectivos específicos são “especificações ulteriores ou passos que se têm que dar para consolidar o objectivo geral”. (Ander-Egg & Idáñez, 1999: 39)

Como objectivos específicos procura-se capacitar os idosos ao nível:

- Cognitivo e de raciocínio;
- Físico, através da prática de actividade física;
- Relacional.

Este projecto pretende mostrar actividades de carácter inovador em comparação com as que a instituição oferece e procura igualmente consolidar as ofertas pontuais de forma mais integrada. Sendo que para que estas actividades sejam realizadas de modo satisfatório será necessário que o Técnico de Animação Sociocultural se encontre presente mais vezes na instituição e que sejam disponibilizados auxiliares para o apoio das mesmas.

7.1. Plano de acção do Projecto

Objectivos específicos	Actividades	População alvo	Local de realização	Temporalidade	Recursos		
					Humanos	Materiais	Financeiros
-Capacitar ao nível cognitivo e de raciocínio	Atelier de expressão plástica	Idosos do Lar CASCUZ	Zona de actividades de lazer e ocupação dentro do lar	2 vezes por semana	- Técnico de animação sociocultural - 1 Auxiliar de ocupação	-Tintas e pincéis -Canetas e lápis -Folhas -Telas -Barro -Linhas e lá	200€
	Recolha de histórias, versos, canções e fotos para a elaboração de um livro de memórias	Idosos do Lar CASCUZ	Sala de convívio	1 vez por semana	-Técnico de animação sociocultural	-Computador -Impressora -Papel	40€
	-Jogos de memória	Idosos do Lar CASCUZ	Zona de actividades de lazer e ocupação dentro do lar	2 vezes por semana	-Técnico de animação sociocultural - 1 Auxiliar de ocupação	-Puzzles -Jogos -Papel -Lápis e canetas -Rádio	50€

-Capacitar ao nível físico através da prática de actividade física	-Aulas de ginástica	Idosos do Lar CASCUZ	-Ginásio	1 vez por semana	-Técnico de animação sociocultural - 1 Auxiliar de ocupação	-Arcos -Colchões -Bolas -Cordas -Cadeiras -Rádio	80€
	-Aulas de hidroginástica	Idosos do Lar CASCUZ	Piscina Municipal de Sesimbra	1 vez por semana	-Técnico de desporto - 2 Auxiliares de ocupação -Motorista	-Fatos de banho -Bolas -Colchões	
	-Caminhadas	Idosos do Lar CASCUZ	Zonas próximas ao Lar	3 vezes por semana	2 ou 3 auxiliares de ocupação	-Roupa confortável - Ténis	0€

-Capacitar ao nível relacional					
-Viagem à praia	Idosos do Lar CASCUZ	Praia de Sesimbra	15 em 15 dias	-Técnico de animação sociocultural - 2 Auxiliares de ocupação -Motorista	-Cadeiras de praia -Toalhas
-"Na Cozinha"	Idosos do Lar Cascuz	Cozinha do lar	2 vezes por semana	-Técnico de animação sociocultural -1 Auxiliar de ocupação	-Ingredientes disponibilizados pelo lar
-Baile	Idosos do Lar Cascuz	Sociedade Musical Sesimbrense	1 vez por semana	-2 Auxiliares de ocupação -Motorista	
-"Dia da Beleza"	Idosos do Lar Cascuz	Salão de cabeleireiro	1 vez por semana	-1 Auxiliar de ocupação -Motorista	20€ /pessoa
Visitas culturais	Idosos do Lar Cascuz	-Teatro -Musical -Museus -Festas populares e feiras	No mínimo 1 vez por mês	-Técnico de animação sociocultural -2 Auxiliares de ocupação -Motorista	

7.2. Descrição das actividades

Atelier de expressão plástica

Esta actividade consiste em que os idosos ocupem os seus tempos livres com diversas actividades de que gostem e que possam dar largas à sua imaginação e criatividade através das artes plásticas e dos trabalhos manuais.

Podem fazer actividades como a pintura, escultura, bordados, decorar objectos, entre outros.

Recolha de histórias, versos, canções e fotos para a elaboração de um livro de memórias

Através desta actividade será elaborado um livro de memórias com poesias, versos, canções e fotos dos idosos. São os idosos que vão ditar os factos para o livro e a técnica de animação sociocultural vai escrevê-los.

Os idosos poderão assim passar para o papel todas as suas memórias de antigamente e assim contribuir para que muitas dessas memórias não acabem e fiquem apontadas em livro para futura consulta.

Jogos de memória

Com o envelhecimento surge um declínio das capacidades cognitivas, mas essas perdas podem ser atenuadas com o treino de exercícios que envolvam a memória.

Alguns dos exercícios que podem ser praticados com os idosos são a montagem de puzzles; sudoku; solitário; palavras cruzadas; o jogo dos sons, em que as pessoas têm que completar um texto com palavras através dos sons que vão ouvindo; memorizar objectos e em seguida descrevê-los; completar um texto em falta, entre outros.

Aulas de ginástica

Com o avançar da idade os indivíduos vão sofrendo uma deterioração física, mas com a prática de exercício físico essa deterioração pode diminuir. Com a prática regular de exercício físico o idoso aumenta a sua força e resistência muscular, aumenta a flexibilidade e melhora a sua coordenação.

Esta actividade consiste numa aula de ginástica adaptada para idosos e irá decorrer uma vez por semana no ginásio do lar. As aulas vão ser acompanhadas de música e com diversos materiais que podem fazer parte dos exercícios (bolas, cordas, cadeiras, arcos).

Aulas de hidroginástica

Esta actividade vai ser desenvolvida na piscina Municipal de Sesimbra uma vez por semana, a aula será proporcionada por um técnico de desporto contratado pela instituição ou da piscina, quanto aos materiais estes encontram-se sempre disponíveis para os utentes da piscina.

Com esta actividade os idosos poderiam conviver com outras pessoas que frequentassem também estas aulas e melhorar a sua capacidade física.

Caminhadas

Através desta actividade um pequeno grupo de idosos vai poder sair do lar para caminhar nas zonas próximas do lar sempre acompanhado de um ou mais auxiliares conforme o número de idosos.

As caminhadas decorrerão três vezes por semana e terão a duração de 30/45 minutos conforme os idosos o desejarem e servirá para que estes melhorem a sua capacidade física.

Viagem à praia

Com a proximidade do mar, a maioria das pessoas tem grande ligação com as profissões inerentes ao mar, o que faz com que seja uma boa actividade para que os idosos possam relembrar os velhos tempos ou mesmo passar um bom momento de descanso fora do lar.

Os idosos fariam um passeio até à praia de Sesimbra visto esta ser a única da zona que não tem ondulação e ser mais segura. Na praia poderiam ir ao banho ao mar ou simplesmente estar na areia a apanhar sol.

“Na Cozinha”

Com a entrada no lar os idosos deixaram de poder cozinhar as suas refeições e passaram a ter que comer o que lhes é disponibilizado, mas com esta actividade poderão voltar a cozinhar, pois é através da culinária que os idosos se podem sentir úteis, devido aos seus conhecimentos e experiências.

Através desta actividade os idosos poderiam preparar refeições para eles próprios ou para todos, como por exemplo, um bolo para o lanche de todos, um almoço diferente do que estão habituados ou simplesmente ajudar as funcionárias na preparação das refeições se assim o desejarem.

Baile

Esta actividade vai ser desenvolvida na Sociedade Musical Sesimbrense, pois é uma das organizações mais próximas que fazem frequentemente bailes e onde se encontram muitos idosos e pessoas de outras idades a participar do mesmo e a fazerem diversos jogos de grupo, como as cartas e o dominó.

Com esta actividade poderão conviver com outras pessoas fora do lar e exercitar-se através da dança, pois esta é uma das actividades de que muitos idosos gostam.

“Dia da beleza”

Com esta actividade pretende-se que as senhoras tenham um dia diferente fora do lar, onde possam arranjar o cabelo, fazer a manicura e a pédicure num salão de beleza.

Visitas culturais

Através desta actividade pretende-se que os idosos desfrutem de visitas culturais pelo menos uma vez por mês, a sítios como o teatro, musicais, museus e festas populares ou feiras. Estes passeios seriam feitos no autocarro da instituição e a marcação do sítio seria feita com antecedência e verificado se o sítio está preparado para acolher pessoas com dificuldade de locomoção.

Com estes passeios os idosos iriam poder conviver com outras pessoas e visitar locais que possivelmente nunca tinham visitado anteriormente.

7.3. Avaliação

A avaliação é uma das etapas de todos os projectos, em que se deve desenvolver “um plano de avaliação que se estrutura em função do desenho do projecto e é acompanhado de mecanismos de autocontrolo” (Guerra, 2007:175).

Esse plano de avaliação vai permitir que o projecto seja acompanhado ao longo de todo o processo e que se conheça os seus resultados e os efeitos da intervenção, sendo possível voltar atrás e corrigir eventuais enganos.

Segundo Guerra (2007) a avaliação tem quatro funções principais, sendo elas as de medida (a avaliação é um processo contínuo e articulado com a acção); de utensílio de apoio à tomada de decisão (a avaliação deve criar informações que facilitem a tomada de decisões); de processo de formação (a avaliação é um processo de aprendizagens) e de aprofundamento da democracia participativa (através da reflexão em conjunto com os parceiros sobre todas as fases do projecto).

Para se avaliar globalmente o projecto de intervenção optou-se por utilizar o modelo de Avaliação por Objectivos preconizado por Guerra. Assim, segundo esta autora, este modelo dá particular importância ao “...que se deve avaliar [que] são os objectivos atingidos pela intervenção” (Guerra, 2002:189).

Este modelo pretende medir a forma e a intensidade com que determinados objectivos são atingidos, ou seja, é através das actividades propostas que se vai conseguir atingir os objectivos específicos que consistem em capacitar os idosos ao nível cognitivo e de raciocínio, físico através da prática de actividade física e relacional. E assim, alcançar o grande propósito desde projecto que é promover a qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

A avaliação será realizada pelos utentes que participem nas actividades e pelo dinamizador que se encontre presente durante as mesmas.

Aos utentes são-lhes atribuídos três diferentes “*smiles*” no final de cada actividade e, estes têm que colocar o “*smile*” que acham ser o mais adequado para a actividade que realizaram dentro de uma caixa que passará por todos. No final serão contados todos os diferentes “*smiles*” para se observar o grau de satisfação dos utentes com a actividade.

Quanto à avaliação do dinamizador, será produzida através da observação dos utentes durante as actividades e do preenchimento de uma grelha de observação sistemática, em que se pretende identificar o nível de adesão dos utentes, grau de empenho nas actividades, dificuldades sentidas durante a mesma, se o propósito da actividade foi atingido, os recursos utilizados, entre outros.

Através da avaliação são fornecidas informações úteis sobre a viabilidade do projecto, permitindo assim ponderar sobre a alteração dos percursos traçados e as decisões futuras e sobre a eficácia do plano de acção implementado.

Conclusão

Este trabalho teve como objectivo avaliar a percepção da qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Através do questionário foi possível detectar carências nos serviços prestados pela instituição e também apresentar dados importantes acerca do estado dos indivíduos ao nível físico, psicológico, cognitivo, da saúde e do apoio social.

A população alvo deste estudo foram 20 idosos residentes no lar CASCUZ, sendo 70% do género feminino e 30% do masculino, a maioria tem idades compreendidas entre os 75 e 84 anos, são viúvos e apresentam habilitações literárias de nível escolar básico.

Relativamente ao nível de saúde a maioria considera que tem uma saúde razoável, mas ainda assim manifestam diversos problemas.

Quando os idosos foram inquiridos acerca da sua capacidade funcional, ao nível da audição e da visão a maioria afirma que tem alguma dificuldade, mas em relação à dificuldade em deslocar-se sozinho, metade diz que consegue sem o auxílio de ninguém. Em relação à dependência para a realização de algumas tarefas quotidianas 55% afirmam que têm alguma dependência, e os restantes são apenas parcialmente dependentes ou autónomos. Quanto à dificuldade em memorizar acontecimentos e ao esquecimento, mais de metade apresenta alguma dificuldade em ambos os parâmetros.

Os idosos ao serem questionados acerca da sua dimensão psicológica, metade declara que se sente frequentemente triste ou deprimido/a, 55% sente-se apenas algumas vezes uma pessoa útil. A generalidade diz que se sente sozinho frequentemente ou algumas vezes. Nenhum dos inquiridos afirmou estar plenamente satisfeito com a sua vida presente, destacando-se assim as respostas frequentemente e algumas vezes.

Em relação à dimensão social, todos os idosos recebem as visitas de amigos ou familiares, a maioria mensalmente (60%) e apenas algumas vezes recebe o apoio que necessita por parte de outros. Quanto à dificuldade em relacionar-se com os outros idosos da instituição ou os seus funcionários, as

respostas recaíram sobre as opções algumas vezes ou nunca, quase na totalidade.

No que refere à institucionalização, esta partiu da ideia dos filhos, seguindo-se a da própria pessoa ou de outros familiares. Os motivos dessa institucionalização foram atribuídos à dificuldade em auto cuidar-se/ problemas de saúde ou a falta de apoio familiar. Todos os idosos se encontram satisfeitos com as infra-estruturas da instituição, e estão frequentemente ou sempre satisfeitos com os serviços disponibilizados pela mesma. Quanto ao respeito dos funcionários/ instituição pela sua privacidade, os inquiridos consideram que esta é frequentemente respeitada, seguindo-se a opção algumas vezes e a sempre.

Relativamente às actividades propostas pela instituição os idosos participam nelas sempre ou frequentemente, com uma frequência mensal ou semanalmente. Os inquiridos apenas se encontram satisfeitos com as actividades em que participam frequentemente ou algumas vezes, sendo que alguns fazem propostas de actividades que gostariam de realizar mais ou novas actividades.

Os dados apontam assim para um grupo fortemente consciente da sua situação, adaptado às circunstâncias da sua vida, mas não totalmente conformado e que expressa desejos de realização pessoal e social.

Com base na identificação das necessidades, foi possível desenhar um projecto que contribua para uma maior promoção da qualidade de vida dos idosos institucionalizados no lar em questão.

Na elaboração deste trabalho foram encontradas algumas limitações, como a falta de livros nas bibliotecas sobre o tema, a recusa de alguns idosos na participação no estudo e o facto de divagarem muito nas suas respostas quando se faziam as questões.

Como sugestão para trabalhos futuros seria pertinente a realização de novos estudos que auxiliassem na melhoria da qualidade de vida dos nossos idosos, pois todos chegaremos a essa etapa da vida.

Referências Bibliográficas

- Ander-Egg, E., & Idáñez, M. J. (1999). *Como elaborar um Projecto*. 16ª edição. Lisboa: CPIHTS.
- Araújo, L. (2011). Exercite o seu corpo. In O. Ribeiro, & C. Paúl. (Eds.), *Manual do Envelhecimento Activo*. Cap.2, pp.13-43. Lisboa: Lidel.
- Araújo, L. & Melo, S. (2011). Relacione-se com os outros. In O. Ribeiro, & C. Paúl. (Eds.), *Manual do Envelhecimento Activo*. Cap.6, pp.141-170. Lisboa: Lidel.
- Brito, F. (2008). *O idoso Institucionalizado: repercussões da independência funcional*. São Paulo. Consultado em 5 de Julho de 2012 através de http://www.sapientia.pucsp.br//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=7164
- Bugalho, M., Lopes, A., Quintela, M., Nogueira, M., Loff, B., & Pais, S. (2007). *Relatório de actividades PAII*. Lisboa: Instituto de Segurança Social. Consultado em 11 de Fevereiro de 2013 através de http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13339/paii_2006
- Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Carneiro, R. S. & Falcone, E, M, O. (2004). Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na Terceira Idade. *Revista Psicologia em estudo*, Maringá, v.9, n.1, 119-126.
- Carvalho, M. I. L. (2009). Os cuidados familiares prestados às pessoas idosos em situação de dependência: características do apoio informal familiar em Portugal. *Revista Kairós*, nº 12, 77-96.
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Coimbra: Edição Quarteto
- Fonseca, A. M. (s.d). *Envelhecimento e qualidade de vida em Portugal: algumas evidências e outras tantas inquietações*. Consultado em 6 de Julho de 2012 através de http://www.socialgest.pt/_dlas/APEnvelhecimentoequalidadedevida.pdf
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Coimbra: Climepsi Editores.
- Gil, A. C. (1991). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Editora Atlas.

- Guedes, J. (2012). *Viver num Lar de Idosos. Identidade em risco ou Identidade riscada*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Guerra, I. C. (2007). *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção*. 2ª edição. Estoril: Princípia.
- Hill, M. & Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário*. 2ª edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Instituto Nacional de Estatística (2009). *Projecções de população residente em Portugal 2008-2060*. Lisboa: INE.
- Jacob, L. (2007). *Animação de idosos, actividades*. Porto: Editora Amber.
- Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Caderneta Saúde Pública*, Rio de Janeiro, nº19, 861-866. Consultado em 12 de Fevereiro de 2013 através de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300019
- Magalhães, C., Fernandes, A., Antão, C. & Anes, E. (2010). Repercussões dos Estereótipos sobre as pessoas idosas. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, vol.3, nº2, 7-15. Consultado em 3 de Fevereiro de 2013 através de <http://rtgerontologia.webnode.pt/edicoesrtg/>
- Martins, R, M,L (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Revista Millenium do ISPV*, nº31, 128-134. Consultado em 12 de Fevereiro de 2013 através de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium31/9.pdf>
- Martins, R, M, L. (2006). Envelhecimento e Políticas Sociais. *Revista Millenium do ISPV*, nº32, 126-140. Consultado em 13 de Fevereiro de 2013 através de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/10.pdf>
- Martins, R,M,L. & Rodrigues M, L, M. (2004). Estereótipos sobre idosos: uma representação social gerontofóbica. *Revista Millenium do ISPV*, nº29, 249-254. Consultado em 13 de Fevereiro de 2013 através de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium29/32.pdf>
- Moreira, D. M. (1994). *Planeamento e Estratégias de Investigação Social*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Moura, C. (2009). *Século XXI- Século do Envelhecimento*. Porto: Lusoditacta.
- Nogueira, J. M. (2009). *Carta Social: rede de serviços e equipamentos*. Lisboa: GPE e MTSS.

- Norbeck, J. (1981). *Formas e Métodos de Educação de Adultos*. Braga: Universidade do Minho – Projecto de Educação de adultos.
- Pereira, A. C. (2010). Percepção do Idoso sobre o seu nível de Qualidade de Vida. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, vol.3, nº2, 27-34.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L, V. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Editora Gradiva.
- Rabelo, D. F. & Neri, A. L. (2005). Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Revista Psicologia em estudo*, Maringá, v.10, n.3, 403-412. Consultado em 16 de Fevereiro de 2013 através de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a07.pdf>
- Ribeiro, P. C; Neri, A. L., Cupertino, A., & Yassuda, M. (2009). Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. *Revista Psicologia em estudo*. Vol.14, nº3, 501-509. Consultado em 16 de Fevereiro de 2013 através de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722009000300011
- Ribeiro, O., & Paúl, C (2011). Envelhecimento Activo. In O. Ribeiro, & C. Paúl. (Eds.), *Manual de Envelhecimento Activo*. Cap.1, pp.1-12. Lisboa: Lidel.
- Rosa, M. J. V. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Silva, L., Farias, L., Oliveira, T., & Rabelo, D. (2012). Atitudes de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico. *Revista Kairós*, nº15, 119-140.
- Soares, M. G. (2002). *Representações do corpo no idoso*. Porto: Universidade do Porto.
- Zimmerman, G. L. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul LTDA.

Referências Webgráficas

- Câmara Municipal de Sesimbra. Consultado 4 de Março de 2013 através de <http://www.cm-sesimbra.pt/pt>
- Instituto Nacional de Estatística. Consultado 4 de Março de 2013 através de http://www.ine.pt/scripts/flex_definitivos/Main.html
- Segurança Social. Consultado 26 de Fevereiro de 2013 através de <http://www4.seg-social.pt/idosos>
- Segurança Social. Consultado 26 de Fevereiro de 2013 através de <http://www4.seg-social.pt/programa-conforto-habitacional-para-pessoas-idosas-pchi>

Apêndices

Apêndice I

(Questionário para avaliar a percepção de qualidade de vida
nos idosos institucionalizados)

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
Mestrado em Psicogerontologia Comunitária

Este questionário destina-se a recolher dados sobre os diferentes âmbitos da qualidade de vida dos idosos institucionalizados no Lar CASCUZ. É um instrumento constituído por 31 questões sobre a caracterização sócio demográfica dos inquiridos e das diversas dimensões da qualidade de vida, mais precisamente a saúde, a capacidade funcional, a dimensão psicológica, a dimensão social e o ambiente institucional.

Para cada questão deverá escolher e assinalar com uma cruz (X) a resposta que melhor se adapta à sua situação. É garantido o sigilo dos dados recolhidos.

Caracterização Sócio Demográfica

1. Idade

- 1. 65-74 ☐
- 2. 75-84 ☐
- 3. 85 e mais anos ☐

2. Género

- 1.Feminino ☐
- 2.Masculino ☐

3. Estado civil

- 1.Solteiro/a ☐
- 2.Casado/a ☐
- 3.Divorciado/a ☐
- 4.Viúvo/a ☐

4. Habilitações académicas

- 1. Não sabe ler nem escrever ☐
- 2.1ºciclo incompleto ☐
- 3.1ºciclo (1º ao 4ºano) ☐
- 4. 2ºciclo (5º e 6ºano) ☐
- 5. 3ºciclo (7º,8º e 9ºano) ☐
- 6. Ensino Secundário ☐
- 7. Ensino Superior ☐

Saúde

5.Como avalia o seu nível de saúde?

- 1.Muito boa ☐
- 2.Boa ☐
- 3.Razoável ☐
- 4.Fraca ☐

6.Sofre de algum problema de saúde?

- 1.Sim ☐
- 2.Não ☐

6.1.Se sim, quais?

Capacidade funcional (física e cognitiva)

7.Como avalia a sua visão?

- 1.Sem dificuldade ☐
- 2.Com alguma dificuldade ☐
- 3.Com muita dificuldade ☐

8. Como avalia a sua audição?

- 1.Sem dificuldade ☐
- 2.Com alguma dificuldade ☐
- 3.Com muita dificuldade ☐

9.Tem dificuldade em deslocar-se sozinho?

- 1.Sem dificuldade ☐
- 2.Com alguma dificuldade ☐
- 3.Com muita dificuldade ☐

10.Como considera o seu nível de dependência?

- 1. Dependente ☐
- 2. Parcialmente dependente ☐
- 3.Autónomo ☐

11.Tem dificuldades em memorizar acontecimentos?

- 1.Sem dificuldade ☐
- 2.Com alguma dificuldade ☐
- 3.Com muita dificuldade ☐

12.Esquece-se das coisas que se propõe fazer?

- 1.Sem dificuldade ☐
- 2.Com alguma dificuldade ☐
- 3.Com muita dificuldade ☐

Dimensão Psicológica

13.Costuma sentir-se triste ou deprimido/a?

- 1.Sempre ☐
- 2.Frequentemente ☐
- 3.Algumas vezes ☐
- 4.Nunca ☐

14.Costuma sentir-se uma pessoa útil?

- 1.Sempre ☐
- 2.Frequentemente ☐
- 3.Algumas vezes ☐
- 4.Nunca ☐

15.Costuma sentir-se sozinho/a?

- 1.Sempre ☐
- 2.Frequentemente ☐
- 3.Algumas vezes ☐
- 4.Nunca ☐

16. Em geral encontra-se satisfeito/a com a sua vida presente?

- 1.Sempre ☐
- 2.Frequentemente ☐
- 3.Algumas vezes ☐
- 4.Nunca ☐

Dimensão Social

17. Costuma receber visitas?

1. Sim ☐

2. Não ☐

18. Se sim, de quem?

1. Familiares ☐

2. Amigos ☐

3. Familiares e amigos ☐

19. Com que frequência?

1. Ocasionalmente ☐

2. Mensalmente ☐

3. Semanalmente ☐

4. Diariamente ☐

20. Tem pessoas que o/a apoiam quando necessita (família, amigos, funcionários)?

1. Sempre ☐

2. Frequentemente ☐

3. Algumas vezes ☐

4. Nunca ☐

21. Tem dificuldade em relacionar-se com os restantes idosos do lar?

1. Sempre ☐

2. Frequentemente ☐

3. Algumas vezes ☐

4. Nunca ☐

22. Tem dificuldade em relacionar-se com os funcionários do lar?

1. Sempre ☐

2. Frequentemente ☐

3. Algumas vezes ☐

4. Nunca ☐

Ambiente institucional

23. De quem partiu a ideia para a institucionalização?

- 1. Própria pessoa ☐
- 2. Filhos ☐
- 3. Outros familiares ☐
- 4. Assistente Social ☐
- 5. Amigos ☐

24. Qual o motivo para a institucionalização?

- 1. Dificuldade em Auto cuidar-se/problemas de saúde ☐
- 2. Falta de apoio familiar ☐
- 3. Não tem família ☐
- 4. Solidão ☐
- 5. Prefere viver na instituição ☐

25. Sente-se satisfeito/a com as infra-estruturas da instituição?

- 1. Sim ☐
- 2. Não ☐

26. Sente-se satisfeito/a com os serviços disponibilizados pela instituição?

- 1. Sempre ☐
- 2. Frequentemente ☐
- 3. Algumas vezes ☐
- 4. Nunca ☐

27. Considera que a instituição/ funcionários respeitam a sua privacidade?

- 1. Sempre ☐
- 2. Frequentemente ☐
- 3. Algumas vezes ☐
- 4. Nunca ☐

28. Participa em actividades propostas pela instituição?

- 1. Sempre ☐
- 2. Frequentemente ☐
- 3. Algumas vezes ☐
- 4. Nunca ☐

29.Com que frequência participa nas actividades da instituição?

- 1.Ocasionalmente ☐
- 2.Mensalmente ☐
- 3.Semanalmente ☐
- 4.Diariamente ☐

30.Sente-se satisfeito/a com as actividades em que participa?

- 1.Sempre ☐
- 2.Frequentemente ☐
- 3.Algumas vezes ☐
- 4.Nunca ☐

31. Tem alguma proposta de actividades que gostaria de fazer?

Obrigada pela colaboração.